

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Population ciblée	6
Comportements autodestructeurs: Distinction entre les concepts	10
Différentes caractéristiques associées aux comportements autodestructeurs selon la récurrence	26
<i>Troubles cliniques de l'axe I</i>	26
<i>Troubles de la personnalité de l'axe II</i>	36
Hypothèses de recherche	47
Questions exploratoires	48
Méthode	51
Participants	52
Instruments de mesure	54
Déroulement	58
Résultats	62
Discussion	71
Discussion des résultats	72
Forces et faiblesses	78
Retombées de la recherche et orientations futures	80

Conclusion	83
Références	87
Appendice A : Formulaire de consentement chez les hommes incarcérés	103
Appendice B : Formulaire de consentement chez les femmes incarcérées	105
Appendice C : Formulaire de consentement chez les sujets atteints de troubles mentaux graves (détention provincial)	107
Appendice D : Formulaire de consentement chez les sujets atteints de troubles mentaux graves (unités médico-légales)	110
Appendice E : Questionnaire socio-démographique	113
Appendice F : Lethality of Suicide Attempt Rating Scale	121

Liste des Tableaux

Tableau 1: Suicides et comportements connexes	11
Tableau 2: Classification différentielle des comportements autodestructeurs	12
Tableau 3: Critères concernant la gravité des comportements autodestructeurs (LSARS)	57
Tableau 4: Comparaison entre les deux échantillons : Caractéristiques socio- démographiques	64
Tableau 5: Test de fréquences entre le type de comportements autodestructeurs et le diagnostic	65
Tableau 6: Test de fréquences entre le type de comportements autodestructeurs et leur fréquence d'apparition.....	66
Tableau 7: Comparaison entre la fréquence des comportements autodestructeurs et les diagnostics	68
Tableau 8: Comparaison entre la fréquence des tentatives de suicide et les diagnostics	69
Tableau 9: Comparaison entre la fréquence des automutilations et les diagnostics	70

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier et à exprimer toute ma reconnaissance à monsieur Marc Daigle, Ph.D., mon directeur de recherche, pour son soutien exceptionnel et sa grande disponibilité. Ses précieux conseils, la richesse de ses connaissances théoriques et son expertise scientifique ont facilité mon apprentissage et la mise en place de cette recherche. Je tiens également à mentionner la confiance qu'il a témoignée à mon égard durant les années précédentes, et ce, en me confiant des tâches qui ont permis de former ma propre expérience scientifique. Un remerciement tout spécial aux statisticiens de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ainsi qu'aux documentalistes du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) qui ont été d'une grande aide tout au long de ce projet. Merci à toutes les personnes des établissements de détention qui ont participé de près ou de loin à la mise en place de cette base de données et à monsieur Gilles Côté pour m'avoir donné l'autorisation de me l'approprier.

De plus, je ne voudrais pas passer sous silence la complicité de mon conjoint, Pierre-Luc, qui m'a soutenue et encouragée tout au long de l'élaboration de cette recherche. Sans lui, la réalisation de cet objectif personnel n'aurait pu être possible. Un énorme merci à mes trois garçons, Jules, Arnaud et Laurent, qui ont accepté avec amour que je sacrifie plusieurs moments en famille. Merci à Mme Claire Ducharme, la gardienne de mes enfants, qui a pris soin de mes trésors lors de mes absences prolongées. Et enfin, j'aimerais témoigner ma gratitude à ma famille et à mes amis pour leur amour, leurs encouragements et leur grande compréhension.

Introduction

Le suicide est une des causes les plus courantes de décès en milieu correctionnel (Organisation Mondiale de la Santé, 2007) et s'avère un phénomène très fréquent chez les personnes psychiatisées dans une institution à sécurité maximale (Haycock, 1993; Haynes & Marques, 1984). Même si le taux de mortalité par suicide en institutions démontre une diminution importante ces dernières années, il n'en reste pas moins que les comportements autodestructeurs demeurent des phénomènes complexes qui méritent que l'on y accorde de l'importance. Certaines personnes semblent particulièrement vulnérables au suicide ou à l'automutilation lorsqu'elles sont placées devant un événement difficile ou une combinaison de facteurs de stress, ce que représente une incarcération ou une hospitalisation.

En 2009, une étude effectuée par le ministère de la Sécurité publique du Québec (Lalande & Giguère) jetait un éclairage inquiétant sur le suicide en milieu carcéral et montrait, que le Québec demeure la province où le taux de suicide des détenus est le plus élevé. L'établissement psychiatrique quant à lui est, en soi, un milieu à haut risque suicidaire. Selon les études recensées de par le monde (Appleby, 2000; Barner-Rasmussen, Dupont, & Bille, 1986; Goldney, Positano, Spence, & Rosenman, 1985; Hesse, 1977; Perris, Beskow, & Jacobson, 1980; Retterstol, 1986; Wolfersdorf et al., 1988), entre 15 et 60% des personnes admises en hôpital psychiatrique le sont parce qu'elles représentent déjà un risque suicidaire élevé. Les troubles de santé mentale ainsi que les troubles liés à un abus de substances psychoactives demeurent des facteurs de vulnérabilité que l'on retrouve en grand nombre parmi les individus à l'étude. Daigle et

Côté (2001) ont d'ailleurs démontré que 17,7 % des détenus présentaient une urgence suicidaire élevée ou un trouble mental grave et que 28% d'entre eux rapportaient avoir déjà fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (7,8% dans la dernière année) pour une moyenne de 3,9 tentatives par sujet.

Bien que l'on ait tenté de dresser une classification différentielle des conduites autodestructrices, peu d'études se sont intéressées à la distinction entre les individus présentant des comportements autodestructeurs uniques versus multiples. L'une d'elles (Forman, Berk, Henriques, Brown, & Beck, 2004) a toutefois étudié l'historique des tentatives de suicide multiples chez une clientèle psychiatrique en contrôlant le trouble de la personnalité borderline et a démontré que les individus qui effectuent des tentatives de suicide multiples ont davantage de diagnostics psychiatriques que ceux qui font une seule tentative. C'est donc à partir de cette étude que le présent projet prit forme, afin de mener plus loin l'investigation de ce phénomène.

La présente étude se concentre sur deux types de comportements autodestructeurs, soit les tentatives de suicide («suicide attempts») et l'automutilation («self-mutilation», «self-harm» ou «self-injury», selon les auteurs recensés). Son objectif est d'explorer et de mesurer les différences de fréquences significatives au niveau des comportements autodestructeurs, selon les pathologies observées (dépression majeure, troubles liés à une substance psychoactive, trouble de la personnalité antisociale, trouble de la personnalité borderline et trouble de la personnalité

narcissique). En s'intéressant spécifiquement à la population sous responsabilité légale, cette recherche se différencie des études précédentes qui s'intéressaient à la récurrence suicidaire chez une population générale. De plus, elle se distingue par l'utilisation d'instruments standardisés et par la distinction claire des différents concepts à l'étude. Ainsi, en se démarquant des autres, ce projet tentera de contribuer à un avancement clinique et théorique du phénomène de la récurrence. Ceci devrait aider les cliniciens à dépister et à investiguer plus rapidement les récidivistes. Les spécialistes seront plus outillés quant à la prise en charge des individus et les administrateurs seront en mesure de mieux gérer cette population complexe et difficile.

La première partie de ce projet, soit le contexte théorique, présente certains écrits scientifiques en lien avec la problématique afin de justifier les différentes hypothèses de recherche et les questions exploratoires. La seconde partie, c'est-à-dire la méthode, décrit l'échantillon, les instruments de mesure et le déroulement de la collecte des données. La troisième partie présente les résultats. Enfin, la discussion permet de faire un retour critique sur les résultats, ce qui sera suivi de recommandations cliniques et scientifiques.

Contexte théorique

Le contexte théorique est divisé en trois sections afin d'explicitier la problématique soulevée dans cette étude. La première partie présente la population ciblée. Les différents concepts reliés aux comportements autodestructeurs sont ensuite clarifiés, en plus d'établir la distinction fondamentale entre les tentatives de suicide et l'automutilation. La troisième partie présente, quant à elle, les études scientifiques faisant référence aux troubles des axes I et II ayant été sélectionnés.

Population ciblée: Les hommes et les femmes sous responsabilité légale

Jusqu'à maintenant, plusieurs études se sont intéressées aux comportements autodestructeurs en milieu carcéral (Bland, Newman, Dyck, & Orn, 1990; Bogue & Power, 1995; Daigle & Côté, 2001; Farmer, Felthous, & Holzer, 1996; Franklin, 1988; Green, Kendall, Andre, Looman, & Polvi, 1993), cependant peu de recherches concernant ce phénomène ciblent particulièrement la population médico-légale. Comme les résultats habituellement retrouvés au niveau des échantillons médico-légaux sont fortement comparables aux taux de suicide identifiés chez une population psychiatrique (Haycock, 1993), nous ferons souvent appel à cette population afin de mieux documenter l'échantillon à l'étude. La population sous responsabilité médico-légale bien que sous-représentée dans les écrits scientifiques demeure une population à risque.

Les personnes incarcérées représentent un groupe affichant un taux de suicide plus élevé que dans la population en général (Daigle & Côté, 2002; OMS, 2007). Bien

que l'on ait estimé, dans les établissements correctionnels, que le taux de suicide soit quatre fois plus grand que dans la communauté (Laishes, 1997), McKee (1998) suggère plutôt un taux de 11 à 14 fois plus élevé que dans la population générale. Quant au suivi des patients psychiatriques, McKee (1998) indique que ces derniers sont aussi plus à risque de se suicider. En fait, leur probabilité de mourir de cette cause s'avère cinq à 20 fois plus élevée que celle retrouvée dans la population générale (Tanney, 1992). Une étude suédoise s'intéressant plus spécifiquement à une population médico-légale a d'ailleurs démontré que le taux de mortalité par suicide était 12 fois plus élevé que celui retrouvé dans la population générale (Kullgren, Tengström, & Grann, 1998). Quant aux études recensées aux États-Unis, le taux de suicide dans cette population est aussi très élevé, variant entre 90 et 91 par 100 000 (Haycock, 1993; Haynes & Marques, 1984), par rapport à 12 par 100 000 dans la population générale (Monk, 1987).

Les recherches démontrent l'existence d'un lien étroit entre des problèmes psychiatriques antérieurs et les comportements autodestructeurs, indépendamment du milieu et de la population examinés (Anno, 1985; Backett, 1987; Bogue & Power, 1995; Bonner, 1992; Burtch & Ericson, 1979; Dooley, 1990; Jones, 1986; White & Schimmel, 1995). Ce lien et les taux de troubles mentaux, qui sont généralement plus élevés parmi les délinquants sous responsabilité carcérale que parmi les membres de la société en général (Motiuk & Porporino, 1991), semblent indiquer que la surreprésentation du comportement suicidaire en milieu carcéral serait associée en partie aux antécédents psychiatriques. Nombreuses sont aussi les études qui démontrent une association entre

les troubles de la personnalité (principalement ceux du groupe B) et le niveau de risque élevé lorsque l'on parle d'idéation suicidaire, de tentative de suicide, de suicide complété et d'automutilation (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000; Pompili, Ruberto, Girardi, & Tatarelli, 2004).

Devant de tels résultats, il semble nécessaire d'investiguer les différents diagnostics pouvant contribuer à ces importants taux de mortalité. Cependant, il faut tout d'abord comprendre qui sont ces individus à risque de poser ce genre de comportements.

Caractéristiques des individus sous responsabilité légale

Certains scientifiques et cliniciens s'entendent pour dire que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont prises de plus en plus, et souvent sans le vouloir, dans l'appareil du système de justice pénale (Roesch & Golding, 1985; Teplin, 1983). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles d'être découvertes et arrêtées si elles commettent des actes de nuisance (Robertson, 1988; Teplin, 1984), et d'être placées sous garde pour avoir commis de telles infractions mineures. Elles passent relativement beaucoup plus de temps en détention provisoire à attendre que leur sentence soit prononcée, que les personnes n'ayant pas de problème de santé mentale (Gingell, 1990). Cette réalité contribue à la surreprésentation des personnes souffrant de troubles mentaux dans la population carcérale (Abram, 1990;

Hodgins & Côté, 1993; Neighbors et al., 1987). Bénézech (2004) mentionne que les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves présentent une augmentation du risque de comportements criminels, plus particulièrement de criminalité violente. Cette violence, bien qu'elle puisse être dirigée envers autrui, peut également être dirigée envers soi-même. Feinstein et Plutchik (1990) ont d'ailleurs rapporté que 30% des individus violents ont des antécédents de comportements suicidaires et que 10 à 20% des personnes suicidaires ont des antécédents de violence. Face à cette combinaison de facteurs, le suicide est la cause la plus courante de décès en milieu correctionnel (OMS, 2007).

Cependant, avant d'explorer certaines des causes pouvant contribuer à l'augmentation du taux de passage à l'acte, il demeure important de bien définir les comportements autodestructeurs. Encore aujourd'hui, la littérature scientifique éprouve d'importants problèmes à définir concrètement ce que représentent les comportements autodestructeurs. En réalité, le nombre de termes utilisés pour décrire ce phénomène est important et la distinction entre les divers concepts demeure vague, ce qui laisse souvent place à interprétation. La prochaine section est donc consacrée entièrement à la distinction de ces concepts afin de faciliter la compréhension de chacun de ces comportements.

Comportements autodestructeurs : Distinction entre les concepts

La terminologie et la signification des différents termes associés au suicide ne font pas l'unanimité chez les auteurs. Afin de contrer les ambiguïtés, la présente recherche propose donc de définir les différents concepts, en regroupant le suicide, les tentatives de suicide et l'automutilation sous le terme *comportements autodestructeurs*. En nous appuyant sur la nomenclature proposée par Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll et Joiner (2007a, 2007b), elle-même inspirée de la nomenclature de O'Carroll et al. (1996), nous avons pu faire la distinction entre le suicide et ses comportements connexes (*suicide-related behavior*) en tenant compte de l'intention de mourir et du résultat (conséquences) de la conduite suicidaire. Les auteurs définissent donc le «suicide» et la «tentative de suicide» comme étant des comportements autodestructeurs pouvant avoir une résultante mortelle ou non, avec une évidence explicite ou implicite que l'individu avait l'intention, à un certain niveau, de mourir. Quant à «l'automutilation», celle-ci s'avère plutôt un comportement autodestructeur pouvant avoir une résultante mortelle ou non, avec une évidence explicite ou implicite que l'individu n'avait pas l'intention de s'enlever la vie par lui-même (c'est-à-dire sans intention de mourir).

Le Tableau 1, reproduit de Silverman et al. (2007b), illustre la relation existant entre les différentes composantes et les termes associés au suicide et aux comportements connexes. L'intention de mourir s'avère à la base de la nomenclature proposée ici, elle

permet de mieux cerner les différents concepts.

Tableau 1

Suicides et comportements connexes
(Silverman et al., 2007b, traduction libre)

NOMENCLATURE POUR LES SUICIDES ET COMPORTEMENTS CONNEXES		INTENTION DE MOURIR PAR SUICIDE	RÉSULTATS	
			Aucune blessure	Blessure non létale Mort
SUICIDES ET COMPORTEMENTS CONNEXES	AUTO-AGRESSION	SANS INTENTION SUICIDAIRE		
		SANS BLESSURE		
		NON	✓	
		AVEC BLESSURE		
		NON		✓
	MORT AUTO-INFLIGÉE NON INTENTIONNELLE			
	NON		✓	
	TENTATIVE DE SUICIDE	AVEC INTENTION SUICIDAIRE		
		SANS BLESSURE		
		OUI	✓	
AVEC BLESSURE				
OUI			✓	
AVEC BLESSURE LÉTALE SUICIDE				
OUI		✓		

En plus de Silverman et al. (2007a; 2007b), d'autres auteurs ont établi une distinction entre les tentatives de suicide et l'automutilation. Walsh et Rosen (1988),

après s'être intéressés principalement aux recherches portant sur l'automutilation, ont identifié quatre grandes variables permettant d'établir une distinction entre ces deux comportements autodestructeurs. Ces quatre variables font mention de l'intention de se blesser, des méthodes utilisées pour se blesser, de la gravité de la blessure physique infligée et de la fréquence ou de la chronicité des actes d'automutilation. Le Tableau 2 illustre cette classification.

Tableau 2

Classification différentielle des comportements autodestructeurs
(Walsh & Rosen, 1988, traduction libre)

Caractéristiques	automutilation	tentative de suicide
Intention	Faible: Le but étant de soulager la douleur émotive et de se sentir mieux.	Élevée: Le but étant de mettre un terme à la douleur insupportable et de mourir.
Méthode	Multiplicité des méthodes ou conséquence jugée non mortelle (par exemple, lacération peu profonde, brûlure).	Toujours la même méthode ou conséquence jugée mortelle (par exemple, pendaison).
Gravité de la blessure	Superficielle et ne requiert aucune attention médicale.	Sévère et requiert une attention médicale.
Fréquence	Pattern répétitif et chronique.	Tentative unique ou occasionnelle.

Ce tableau démontre que les tentatives de suicide sont davantage associées aux blessures dites sévères, en plus de placer l'intention de mourir comme étant un critère de décision important. Toutefois, comme pour le modèle élaboré par Silverman et al. (2007b), cette classification demeure peu opérationnelle puisque l'histoire derrière le

geste demeure habituellement manquante.

Bien que l'intention de mourir apparaisse comme étant le meilleur critère de catégorisation pour les cliniciens (Wagner, Wong, & Jobes, 2002), il est souvent très difficile de reconstruire les pensées des gens qui posent de tels gestes, à moins qu'ils ne parlent clairement de leurs intentions préalablement ou qu'ils laissent une lettre explicite. Se basant presque en totalité sur une analyse rétrospective des événements, l'intentionnalité est confrontée à l'ambivalence ou à la confusion vécue par l'individu face au geste.

Quant à l'évaluation de la gravité du geste, elle s'avère plus facile à réaliser, en envisageant notamment le type de moyens retenus. C'est la voie déjà utilisée avec succès par Smith, Conroy et Ehler (1984) avec la *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS), une échelle à intervalle égal (0 à 10) qui permet de mesurer le degré de létalité des comportements autodestructeurs. Cette échelle permet de mesurer le degré de gravité, lequel peut être qualifié de bas à élevé, et ce, à partir de deux évaluations: celle mesurant la gravité actuelle de la méthode utilisée et celle mesurant les circonstances entourant le geste. Cette échelle représente d'ailleurs l'un des deux meilleurs instruments mesurant la gravité; elle possède un large support empirique (Leenaars et al., 1997).

Dans la littérature scientifique, deux façons de faire peuvent être utilisées pour évaluer la gravité des comportements autodestructeurs. La première est effectuée à l'aide

d'une échelle comme la LSARS, et l'autre se fait uniquement en référence aux types de moyens utilisés. Effectivement, une différence entre le comportement suicidaire et le comportement automutilatoire pourrait être établie uniquement au plan de la létalité des dommages physiques infligés, létalité qui fait référence au risque de mourir (Walsh & Rosen, 1988). Par contre, pour certains chercheurs, l'automutilation peut aussi être de létalité élevée, ce qui vient invalider cette méthode. Par exemple, selon Tassé et Maurice (1994), la gravité du dommage de l'automutilation peut aller de simples rougeurs à des lacérations profondes, pouvant même provoquer des dommages permanents. Dans le même sens, Heney (1990) mentionne que l'automutilation n'est pas un «comportement suicidaire» mais qu'elle peut représenter un danger de mort certain.

Dear, Thomson et Hills (2000) ont, quant à eux, effectuée une étude qui visait à déterminer si un comportement d'automutilation, jugé par l'équipe comme étant manipulateur, était automatiquement classé à faibles intentions suicidaires et à faibles risques pour sa vie. Des 74 prisonniers interrogés, seulement 18 ont mentionné s'être infligés des blessures dans le but de manipuler. De ces 18, six déclarèrent ne pas avoir eu véritablement l'intention de mourir. Tandis que trois des 18 prisonniers avaient posé un geste jugé à risque modéré. Ces résultats illustrent donc la difficulté que représente l'évaluation et la classification des gestes autodestructeurs.

Il est donc non seulement difficile de reconnaître la véritable intention derrière le geste, mais également de juger de sa gravité. Ainsi, le personnel des institutions ne peut

supposer que les individus qui semblent manipulateurs ou qui ont des motifs manipulateurs ne sont pas suicidaires lors de leur automutilation (Dear et al., 2000). Et, malgré le fait que plusieurs détenus qui s'automutilent n'ont peut-être pas comme but primaire de mourir, tous les actes d'automutilation devraient être quand même traités sérieusement et susciter une attention médicale appropriée (Nock & Marzuk, 2000).

Tentative de suicide versus automutilation

Dans les milieux d'intervention, et plus particulièrement dans les institutions carcérales, on cherche souvent à distinguer tentatives de suicide et automutilations, notamment dans le but d'offrir des soins mieux adaptés et ainsi de prévenir une récurrence. Cette distinction n'est cependant pas toujours bien documentée comme nous avons pu le constater précédemment, d'où l'intérêt d'explorer encore plus en profondeur les fondements scientifiques de cette distinction.

Weekes et Morison (1992) ont tenté de différencier «le suicide», «la simulation» et «l'automutilation» en trois phénomènes distincts. Les auteurs ont tout d'abord défini la simulation en se référant au «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-III-R). Ils en sont venus à la conclusion que la simulation désigne une classe générale de troubles de fonctionnement qui se manifestent par des symptômes physiques ou psychologiques intentionnellement simulés ou très exagérés. La simulation serait motivée par des facteurs externes et ne semblerait pas avoir, comme véritable objectif, la

mort. Selon ces auteurs, l'instinct de conservation demeure l'élément principal qui motive ce type de comportement et, lorsqu'il y a simulation, les détenus cherchent plutôt à éviter une blessure grave. Concernant l'automutilation, les auteurs s'inspirent plutôt de l'ouvrage de Walsh et Rosen (1988), intitulé *Self-mutilation*, afin de lui donner la définition suivante : Il s'agit d'une blessure grave ou d'un défigement délibéré, volontairement infligé par l'individu sur sa personne, mais qui ne suffit pas à entraîner la mort. Van Moffaert (1997) qualifie, quant à elle, l'automutilation comme étant un phénomène de réduction des tensions internes, et la simulation, comme un moyen permettant de soutirer des avantages matériels.

Pour Farmer et al. (1996), une tentative de suicide serait réalisée dans le but de mourir, contrairement à l'automutilation qui serait réalisée dans le but de s'infliger des blessures, mais sans nécessairement vouloir en mourir. Waltz (1994) avance plutôt que les «comportements suicidaires» et les «comportements automutilatoires» font référence à toute agression physique qu'un sujet s'inflige à lui-même intentionnellement et qui entraîne des blessures modérément graves ou mortelles.

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à l'automutilation, Walsh et Rosen (1988) expliquent qu'elle est souvent répétitive et qu'elle résulte habituellement de l'emploi de méthodes variées. L'automutilation serait en fait une forme courante de violence dirigée contre soi, ayant comme conséquences la destruction ou l'altération directe et délibérée de parties du corps sans intention suicidaire consciente (Favazza,

1996). Selon Favazza (1996), l'automutilation serait un acte morbide de régénération. En ce sens, une personne qui tente de se suicider tente d'arrêter toutes sensations, tandis qu'une personne qui s'automutile tente de se sentir mieux (Favazza, 1996). Van Moffaert (1997) qualifie, quant à elle, l'automutilation comme un phénomène qui permettrait de réduire les tensions internes.

À partir de cette hypothèse, certains chercheurs ont avancé l'idée que l'automutilation serait «anti-suicidaire» (Ross & McKay, 1979) et que nous devrions considérer ce comportement comme un mécanisme d'adaptation actif utilisé pour éviter le suicide (Suyemoto, 1998). Cependant, bien que certains auteurs différencient les comportements automutilatoires des comportements suicidaires, cela ne signifie pas que les automutilateurs ne deviendront jamais suicidaires (Walsh & Rosen, 1988). L'étude de Sakinofsky (2000) démontre que l'automutilation est un comportement fréquemment répété. Cette répétition augmente donc le risque futur d'automutilation (*deliberate self-harm*) (Owens, Dennis, Read, & Davis, 1994; Wilkinson & Smeeton, 1987) et de suicide éventuel (Hawton & Fagg, 1988; Tejedor, Diaz, Castillon, & Pericay, 1999).

Un taux de prévalence élevé d'automutilation est rapportée en psychiatrie médico-légale (Hillbrand, Krystal, Sharpe, & Foster, 1994) et correctionnelle (Franklin, 1988; Hillbrand, 1993). Cependant, l'intention serait différente selon le milieu. D'après Franklin (1988), l'automutilation serait plutôt lié à la manipulation en milieu correctionnel alors qu'il serait lié à un manque de contrôle de l'agressivité chez la

population médico-légale (Hillbrand et al., 1994). Il faut toutefois comprendre ici que les détenus s'automutileraient également pour soulager les tensions, la dépression, l'anxiété, la dépersonnalisation et pour avoir le sentiment d'acquiescer un certain contrôle sur leur environnement (Cookson, 1977). La souffrance non entendue du détenu est une cause fréquente de mutilation (Herzog-Evans, 1998). Bref, les rapports cliniques indiquent que l'automutilation est un catalyseur qui facilite la réduction des tensions (Favazza & Conterio, 1989; Gardner & Gardner, 1975; Grunebaum & Klerman, 1967; Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995; Simpson, 1975,1976; Van Moffaert, 1990, citée dans Brain, Haines, & Williams, 2002).

Selon Favazza et Rosenthal (1993), l'automutilation, en plus d'être une conséquence à la souffrance psychologique vécue, serait un symptôme ou un trait associé à de nombreux désordres mentaux. Ils catégorisent d'ailleurs l'automutilation de façon phénoménologique d'après trois grands types de désordres. Le premier, le type majeur, est plus communément associé aux psychoses et aux intoxications aiguës. Le second, le type stéréotypique, est quant à lui associé aux retards mentaux. Tandis que le troisième type, le type superficiel ou modéré, est associé à une pathologie dite de caractère (ce qui correspond plus ou moins à un trouble de la personnalité dans le DSM). Favazza et Rosenthal (1993) mentionnent d'ailleurs dans leur étude que, dans plusieurs cas d'automutilation, le syndrome coexiste avec une pathologie du caractère.

Parallèlement, Stanley, Gameroff, Michalsen et Mann (2001) ont découvert que

les sujets avec des antécédents d'automutilation présentent un niveau significativement plus élevé de dépression, de désespoir, d'agressivité, d'anxiété, d'impulsivité et d'idéation suicidaire. Ces individus démontrent également davantage de comportements associés aux troubles de la personnalité borderline, en plus d'avoir des antécédents d'abus dans l'enfance. Sans compter qu'ils présentent des idéations suicidaires persistantes et un pattern suicidaire caractérisé par un besoin chronique de se faire mal.

Face à ces observations, il est compréhensible que la réduction des tensions rapportée après l'automutilation vienne renforcer le comportement (Gratz, 2003). Cette réduction de tension augmente la probabilité de répétition, ce qui risque ainsi de devenir un mécanisme d'adaptation régulier permettant à l'individu de faire face aux situations de stress. Cependant, de nombreux motifs peuvent expliquer le recours à l'automutilation. Haycock (1989) mentionne d'ailleurs que les gratifications secondaires d'un comportement autodestructeur sont probablement supérieures dans le milieu carcéral que n'importe où ailleurs, puisqu'il renforce leurs bénéfices. Par leur passage à l'acte, les détenus suscitent plus d'attention, perturbent leur routine quotidienne ou sont pris en charge par l'hôpital ou par le centre de santé mentale (Schwartz, Cohen, Hoffman, & Meeks, 1989). Et comme les prisonniers ont souvent un soutien social limité et rapportent d'importants sentiments d'isolement et de désespoir, l'automutilation peut donc les aider à réduire ou à alléger ces sentiments (Inch, Rowlands, & Soliman, 1995). Il faut toutefois se rappeler que, lorsque l'automutilation devient un comportement habituel, le risque de blessure ou de mort accidentelle augmente (Bancroft & Marsack,

1977; Favazza & Conterio, 1989).

Comportements autodestructeurs uniques versus multiples

La présence antérieure de tentatives de suicide ou d'automutilation constitue l'un des principaux facteurs associées à l'augmentation de la vulnérabilité des individus incarcérés (Farmer et al., 1996; Liebling, 1994; Polvi, 1997; Rosine, 1995). De façon générale, le taux de suicide augmente avec le nombre de passage à l'acte. Confrontés à ce phénomène, les chercheurs ont décidé d'étudier plus en profondeur les facteurs qui favorisent la récurrence des comportements autodestructeurs en comparant les tentatives uniques versus les tentatives multiples.

Afin de mieux comprendre qui sont les plus à risque de répéter les tentatives de suicide, Forman et al. (2004) ont comparé chez un échantillon hospitalisé en psychiatrie, 39 individus ayant réalisé une tentative de suicide unique, à 114 individus ayant réalisé des tentatives multiples. Leurs résultats démontrent que les individus à tentatives multiples rapportent deux fois plus d'historiques d'abus émotionnel dans le passé (66% vs 37%), deux fois plus d'historiques de santé mentale dans la famille ou d'abus de substances psychoactives (67% vs 34%) et deux fois plus d'antécédents de tentatives de suicide dans leur famille (41% vs 21%). De plus, ils ont été en mesure de démontrer que les individus avec des antécédents de tentatives multiples rapportaient plus de dépression et de désespoir que ceux avec tentative unique et qu'ils recevaient un plus grand nombre

de diagnostics de désordre psychiatrique (43% vs 10,3%).

Plus récemment, Scoliers, Portzky, van Heeringen et Audenaert (2009) ont présenté une étude s'étant intéressée à 361 patients référés à l'hôpital dans le cadre d'une tentative de suicide. Après un suivi de cinq ans, les auteurs ont observé que les 105 patients (29,2%) ayant répété leur tentative de suicide, présentaient un plus grand nombre de psychopathologies, un plus haut niveau d'anxiété et davantage de dépression sévère. Ils ont également déterminé que le risque de répétition augmentait chez les femmes, chez les individus âgés entre 20 et 49 ans et chez ceux ayant une faible éducation.

Dans le même sens, une étude menée par Rudd, Joiner et Rajad (1996) a tenté d'explorer la relation existante entre les idéations suicidaires, les tentatives de suicide uniques et multiples chez une population psychiatrique (n=332) référée spécialement suite à la présence d'un comportement suicidaire ou d'idéation suicidaire. Leurs résultats indiquent que les variables telles que la dépression, l'anxiété, les idéations suicidaires, le désespoir, la faible résolution de problèmes et la rage étaient davantage présents chez les individus ayant fait des tentatives de suicide multiples. Qui plus est, les résultats ont révélé que l'échantillon d'individus ayant fait des tentatives de suicide multiples regroupe davantage de sujets aux prises avec des problèmes de personnalité, en particulier ceux présentant un diagnostic de la personnalité borderline. L'étude de Suominen, Isometsa, Henriksson, Ostamo et Lonnqvist (2000) vient d'ailleurs appuyer

leurs observations en démontrant que les individus avec un trouble de la personnalité, plus particulièrement ceux correspondant aux troubles de la personnalité du groupe B, ont davantage d'antécédents au niveau des tentatives de suicide que ceux ne possédant aucun problème de santé mentale.

Lorsqu'il est question plus spécifiquement du diagnostic de la personnalité borderline, Michaelis et al. (2003) ont comparé des sujets ayant fait une tentative de suicide unique versus multiple (N=52); ils ont observé que les sujets ayant réalisé une seule tentative démontraient une intention élevée de s'enlever la vie comparativement à ceux ayant multiplié des tentatives de suicide. Leurs résultats ont également démontré que les premières tentatives de suicide multiples ne sont pas plus létales que les tentatives de suicide uniques. Cependant, cette observation ne veut pas dire que la gravité des comportements ne deviendra jamais assez importante pour causer la mort.

De façon générale, les passages à l'acte multiples semblent fortement associés à la présence d'un trouble de la personnalité. Cependant, d'autres caractéristiques semblent également jouer un rôle relativement important dans la mise en place de ces comportements. L'étude menée par Hillbrand, Young et Krystal (1996) témoigne d'ailleurs de cette réalité. Ayant comparé la différence existant entre les automutilations uniques et multiples chez une population médico-légale et correctionnelle, les auteurs ont observé qu'il n'y avait aucune différence entre les deux groupes au niveau démographique ou diagnostique. Cependant, les individus ayant tendance à multiplier

leurs tentatives de suicide sont plus fréquemment et plus sévèrement agressifs envers les objets et les autres (verbalement et physiquement) et requièrent une plus longue hospitalisation.

Nous ne pouvons toutefois parler de récurrence suicidaire sans faire mention de deux grandes études, qui ont examiné les caractéristiques des personnes présentant des antécédents de suicide, de plus de cinq comportements (Kreitman & Casey, 1988) ou plus de trois (Reynolds & Eaton, 1986). Par leur nombre de participants ainsi que par leur large période d'observation, ces études s'avèrent des références dans le domaine du suicide. Kreitman et Casey (1988) ont étudié une population de 3166 patients s'étant volontairement empoisonnés et ayant été admis au Centre régional antipoison d'Édimbourg. Ils ont de façon aléatoire divisé les patients selon la fréquence des comportements «premier comportement» (sans antécédent de tentatives suicidaires), «répétition mineure» (histoire de deux à quatre tentatives de suicide), «répétition majeure ou grande» (cinq tentatives ou plus). Les auteurs ont établi que 48% des hommes en étaient à leur premier comportement, tandis que 36% correspondaient aux répétitions mineures et 16% aux répétitions majeures. La proportion des femmes était similaire, c'est-à-dire 53% étaient associées au premier comportement, 35% aux répétitions mineures et 12 % correspondaient aux répétitions majeures. Ils ont également découvert un nombre substantiel de variables sociodémographiques et cliniques qui s'associaient à ces trois catégories.

Ainsi, les auteurs ont observé que le fait d'appartenir à la tranche d'âge 25-54 ans et d'être divorcé ou séparé augmentait le nombre de répétitions. Ils ont également identifié, à l'aide d'analyses univariées, un certain nombre de facteurs présents à la fois chez la femme et chez l'homme. Ces facteurs de risque incluaient le fait de vivre seul, d'avoir fait preuve de violence envers les autres durant les cinq dernières années, d'avoir été trouvé coupable de charges criminelles et d'être sans emploi. L'important niveau d'antécédents psychiatriques chez le groupe d'individus multipliant les tentatives de suicide a été aussi démontré.

L'étude de Reynolds et Eaton (1986), a elle aussi permis d'identifier des facteurs liés aux patients ayant fait plusieurs tentatives de suicide (trois et plus) par opposition à ceux qui n'en avaient fait qu'une seule. Ils ont ainsi démontré que les symptômes de ceux qui avaient fait plusieurs tentatives étaient jugés plus chroniques que ceux en ayant fait qu'une seule, leurs antécédents médicaux présentaient davantage de problèmes, leurs antécédents familiaux révélaient des comportements suicidaires et des problèmes d'alcool et de drogues. Qui plus est, ceux qui avaient tenté à plusieurs reprises de se suicider manifestaient des comportements suicidaires avec un plus haut degré de létalité, ils présentaient davantage de dépression, moins d'impulsivité et étaient admis plus souvent à l'unité de soins internes.

De façon générale, les études ont démontré qu'en plus d'être davantage à risque, ces individus qui récidivent présentent un profil clinique beaucoup plus sévère que ceux

qui n'agissent qu'une seule fois. De façon générale, les individus qui multiplient les tentatives de suicides sont plus fâchés, plus hostiles, plus irritables que les patients psychiatriques non suicidaires et que les patients non psychiatriques (Nelson, Nielson, & Checketts, 1977; Rudd, Joiner, & Rajad, 1995; Weissman, Fox, & Klerman, 1973). Ils sont aussi davantage caractérisés par des dysfonctions interpersonnelles sévères (Linehan, Camper, Chiles, Strosahl, & Shearin, 1987; Taylor & Stansfeld, 1984) et ils ont moins de soutien social disponible et accessible (Slater & Depue, 1981; Weissman, 1974). Les individus qui font des tentatives de suicide multiples ont de toute évidence une plus grande rigidité cognitive (Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979) et une faible capacité à résoudre les problèmes (Linehan et al., 1987; Schotte & Clum, 1982). De plus, ceux-ci présentent beaucoup plus de diagnostics d'abus de substance psychoactive, de douleurs chroniques et de problèmes de santé mentale (Moore & Robertson, 1998).

Par surcroît, la littérature scientifique démontre que les troubles de la personnalité sont fortement corrélés à la récurrence suicidaire et qu'ils sont surtout fréquents chez les multirécidivistes (Bourgeois, Facy, Rouillon, & Verdoux, 1997; Kreitman & Casey, 1988). Il a été démontré que les patients présentant des troubles de la personnalité de type antisociale (Bagley & Greer, 1971), borderline (Petit, 1994; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994a, 1994b) ou des traits de personnalité marqués par l'impulsivité agressive (Evans, Platts, & Liebenau, 1996; Ojehagen, Regnell, & Traskman-Bendz, 1991) sont particulièrement prédisposés aux récurrences suicidaires.

Différentes caractéristiques associées aux comportements autodestructeurs selon la récurrence

La littérature scientifique regroupe nombreuses recherches s'intéressant principalement aux facteurs de risque du suicide. Toutefois, très peu d'entre elles accordent de l'importance aux liens pouvant exister entre les troubles mentaux et la répétition des comportements autodestructeurs. Dans la prochaine section, seront présentées les études ayant exploré certaines pathologies de l'axe I et de l'axe II contenues dans le DSM, tout en considérant la fréquence des comportements autodestructeurs. Les troubles cliniques, ainsi que les troubles de la personnalité explicités dans la présente recherche, ont été sélectionnés d'après leur importance à travers la littérature scientifique. Ces caractéristiques permettront ainsi de mieux comprendre la distinction qui existe entre les primosuicidants et les multirécidivistes ayant des problèmes de santé mentale et de comportements.

Troubles cliniques de l'axe I

Les troubles mentaux les plus fréquemment associés au suicide sont les troubles affectifs, notamment la dépression majeure que l'on retrouve chez plus du tiers des adultes décédés par suicide, le trouble d'abus de substances psychoactives et les troubles psychotiques (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Dans cette section, seuls la dépression majeure ainsi que les troubles liés à une substance psychoactive seront définis et explorés de façon distincte. Comme en témoigne la littérature scientifique, la

réurrence des comportements autodestructeurs semble particulièrement en lien avec ces deux troubles de l'axe I.

Dépression majeure

Contrairement à la déprime passagère, la dépression majeure est un état de profonde détresse qui se maintient pendant plus de deux semaines. Les symptômes d'ordre émotionnels, physiques et cognitifs (troubles ou distorsions de la pensée) se manifestent presque toute la journée; ils amènent habituellement des dysfonctions importantes dans la vie de l'individu, et ce, aux niveaux social, familial et professionnel (Russel & Anthony, 2001). Il faut toutefois se rappeler que l'un des neuf critères associés à la dépression majeure s'avère «la pensée de mort récurrente, les idéations suicidaires récurrentes sans plan précis, la tentative de suicide ou le plan précis pour se suicider». Bien que ce critère n'apparaisse pas nécessairement dans chaque cas de dépression, puisqu'il suffit qu'il y ait cinq des neuf critères pour que l'individu soit diagnostiqué, la problématique suicidaire est souvent associée à la dépression.

Dans la population générale, la dépression majeure est l'un des diagnostics les plus fréquemment rencontrés et le suicide représente la principale cause de l'augmentation du taux de mortalité (Lönnqvist, 2000; Wasserman, 2001). Cependant, la relation existant entre les conduites suicidaires et la dépression est complexe (Caroli, Gaillard, & Vacheron, 2000). Bryan et Rudd (2006) affirment d'ailleurs que, si toute

conduite suicidaire n'est pas symptomatique d'un état dépressif véritable, la présence d'un syndrome dépressif chez le suicidaire augmente le risque de passage à l'acte de façon significative.

L'étude de Lönnqvist (2000), basée sur des études d'autopsie psychologique principalement effectuées au cours des 40 dernières années, incluant tous les groupes d'âge, révèle que 29% à 88% des victimes de suicide souffraient d'un trouble dépressif. Cette étude soulève également que la dépression majeure et les antécédents suicidaires sont deux facteurs importants lorsque l'on fait référence au suicide complété.

De leur côté, Mechri et al. (2005) ont comparé un échantillon de primosuicidants et de multirécidivistes, ce qui leur permit d'observer que la dépression est le symptôme le plus fréquemment remarqué chez les individus qui multiplient les récives suicidaires (71,1% vs 48,1% pour les primosuicidants). De façon générale, les multirécidivistes (plus de 42%) se distinguaient par une comorbidité psychiatrique plus lourde et par une accumulation de facteurs événementiels et psychosociaux (Mechri et al., 2005). L'étude de Stewart, Manion, Davidson et Cloutier (2001), ainsi que celle de Scolier et al. (2009), ont également observé l'association entre les symptômes dépressifs et la récive suicidaire.

En 2009, Gibb, Andover et Miller ont voulu déterminer les facteurs de la dépression qui différenciaient les patients ayant fait plusieurs tentatives de suicide dans

le passé, comparativement à ceux qui n'avaient qu'une seule ou aucune expérience du genre. À l'aide d'entrevues cliniques et d'instruments de mesure, ils ont suivi pendant quatre ans, 121 patients hospitalisés en psychiatrie souffrant de dépression majeure. Ils ont ainsi observé que les patients ayant fait plus d'une tentative de suicide (n=32) rapportaient davantage d'idéations suicidaires, des symptômes dépressifs plus importants ainsi qu'un âge plus précoce au niveau de l'apparition de la maladie, comparativement au groupe ne présentant aucun antécédent suicidaire (n=70) ou n'ayant qu'une tentative à leur actif (n=19). Les auteurs n'ont toutefois pas trouvé de différences significatives aux niveaux du degré de désespoir, de leurs attitudes dysfonctionnelles, de la durée et de la fréquence des épisodes dépressifs. Ces résultats vont dans le sens de plusieurs recherches évoquant que les individus multipliant les tentatives de suicide représentent une population distincte qui nécessite davantage de soins.

En ce qui concerne la répétition des comportements automutilatoires, Scott, House, Yates et Harrington (1997) ont comparé sur une période de trois mois, 25 individus ayant répété un comportement automutilatoire, à 18 individus n'ayant réalisé qu'un seul comportement. Les auteurs ont observé par cette analyse que le groupe qui avait multiplié les comportements automutilatoires présentait un plus grand taux de dépression et de désespoir, en plus d'avoir significativement moins d'habiletés au niveau de leurs capacités à résoudre leurs problèmes. Ces individus semblaient également avoir moins de facilité à se confier, mais identifiaient toutefois plus facilement les raisons de leur geste. Bien que cette étude comporte un faible échantillon, elle correspond tout de

même aux résultats de nombreuses recherches ayant étudié les facteurs cliniques associés aux automutilateurs répétés versus non répétés. De manière générale, les individus qui répètent les comportements automutilatoires ont tendance à vivre plus d'événements difficiles, à démontrer un haut niveau de désespoir, une faible régulation émotionnelle et à être moins efficaces au niveau de leur résolution de problèmes (Brittlebank et al., 1990; Hawton & Fagg, 1992; MacLeod, Williams, & Linehan, 1992; Rudd et al., 1996).

En résumé, les individus souffrant de dépression majeure ont davantage d'idéations suicidaires et sont relativement plus à risque de passage à l'acte (Vieta, Nieto, Gasto, & Ciera, 1992). La multiplication des comportements autodestructeurs semble quant à elle s'associer en grande partie à la dépression. Cependant, il faut s'attendre à ce que la probabilité de comportements automutilatoires augmente lorsque l'on retrouve une multiplication de facteurs de risque.

Troubles liés à une substance psychoactive

L'alcoolisme et la toxicomanie jouent également un rôle important sur la fréquence des comportements suicidaires. Certaines études rapportent que le quart des personnes qui se suicident annuellement au Québec présentent un trouble relié à l'alcool (Tousignant & Payette, 1997), tandis que d'autres études mentionnent que l'abus de substances psychoactives (incluant l'alcool) est présent dans 25 à 55% des suicides

(Murphy, 2000). Toujours selon Murphy (2000), l'alcoolisme et l'abus de substances psychoactives arrivent en deuxième place après les troubles dépressifs quant facteurs associés au suicide.

Comme la durée moyenne de l'alcoolisme avant le suicide est d'environ 19 ans, c'est principalement chez les hommes âgés entre 45 et 50 ans qu'est regroupé le plus grand nombre d'alcooliques qui décèdent par suicide (Tousignant & Payette, 1997). La population à risque regroupe principalement les individus alcooliques de longue date, qui souffrent de dépression majeure, qui vivent de la solitude, qui sont au chômage et qui manifestent des idéations suicidaires (Tousignant & Payette, 1997).

Afin de connaître plus spécifiquement qui sont ces individus à tendance suicidaire qui abusent de l'alcool, Suokas, Suominen et Lönnqvist (2005) ont étudié, sur une période de 14 ans, 1018 patients ayant tenté de s'empoisonner. Des 222 (22,7%) individus décédés durant le suivi à l'hôpital, 85 (38,5%) d'entre eux démontraient clairement un abus d'alcool et 74% des consommateurs d'alcool étaient des hommes. Les auteurs ont constaté à travers cette étude que le fait d'être un homme, de présenter des antécédents de tentatives de suicide, de réaliser des tentatives de suicide non impulsives, d'avoir une certaine intention de mourir et d'avoir un motif subjectif autre que le simple « désir de mourir » étaient tous des facteurs de risque significativement reliés à l'abus d'alcool chronique.

Preuss et al. (2003) ont quant à eux utilisé un échantillon de 1237 individus présentant une dépendance à l'alcool. Après un suivi de cinq ans, les auteurs ont séparé l'échantillon en deux groupes, ceux ayant réalisé une tentative de suicide durant la période à l'étude et ceux n'ayant réalisé aucune tentative. Des 56 sujets (4,5%) ayant fait une tentative de suicide pendant la période d'étude, 29 (51,8%) présentaient des antécédents de tentatives suicidaires. Ces individus étaient plus jeunes, séparés ou divorcés, présentaient une dépendance aux drogues en plus de leur abus d'alcool; ils montraient un niveau d'alcoolisme plus sévère que ceux qui n'avaient pas tenté de se suicider durant la période de suivi. Les auteurs en sont donc venus à la conclusion qu'une dépendance à l'alcool et la présence d'antécédents suicidaires, étaient associées de façon significative à l'actualisation d'un comportement suicidaire ultérieur.

Ces résultats, démontrent que les antécédents suicidaires jouent un rôle considérable dans la multiplication des comportements autodestructeurs, et ce, principalement lorsqu'ils sont associés à l'abus/dépendance à des substances psychoactives. L'abus d'alcool à lui seul semble d'ailleurs un facteur de risque important dans l'actualisation du passage à l'acte. Pour les patients n'ayant aucune dépendance à l'alcool, le simple fait d'en consommer augmente le risque de suicide (Borges & Rosovsky, 1996).

Afin d'évaluer la prévalence d'intoxication alcoolique chez les individus ayant réalisé une tentative de suicide, Lejoyeux et al. (2008) ont étudié 160 patients admis en

urgence dans les services hospitaliers français, après un passage à l'acte. Pour ce faire, ils ont comparé les individus intoxiqués lors de leur admission à ceux qui n'étaient pas intoxiqués. Près de la majorité des individus intoxiqués présentaient un problème de dépendance à l'alcool (43% vs 9%), une plus forte tendance à abuser de l'alcool (49% vs 12%) et davantage de problèmes psychiatriques (32% vs 12%). Quant à la différence de moyenne au niveau du nombre de tentatives suicidaires chez un même individu, les résultats n'ont pas été significatifs. Toutefois, on percevait une légère tendance chez les sujets ayant été intoxiqués à présenter une moyenne de tentatives plus élevées (2,7 tentatives), comparativement à ceux qui n'étaient pas intoxiqués (1,6 tentative). Bien que ces résultats ne puissent prouver que les individus qui consomment ont davantage tendance à multiplier leur comportement suicidaire, ils suggèrent tout de même une légère tendance à la récurrence.

En ce sens, plusieurs études mentionnent que les tentatives de suicide associées à l'alcool ou aux drogues sont un facteur de prédiction important des récurrences suicidaires, et ce, principalement dans les 6 à 12 mois suivants la période index (Stewart et al., 2001; Vajda & Steinberck, 2000). Ainsi, Suokas et Lönnqvist (1995) ont étudié une population de 1018 individus ayant à son actif 1207 tentatives de suicide. Ils ont découvert que 62% des patients ayant fait une tentative de suicide étaient ivres au moment de la répétition de leur comportement (46% chez les femmes et 54% chez les hommes).

Le lien entre l'alcoolisme et les tentatives de suicide répétées a été également

étudié par Hawton, Fagg et McKeown (1989). Pour ce faire, ils ont interrogé 5269 patients référés dans un hôpital général, âgés de 16 ans et plus, ayant réalisé une tentative de suicide à l'intérieur d'une période de 10 ans. Ils ont ensuite divisé la répétition des tentatives pour les alcooliques et les non-alcooliques en trois facteurs: les tentatives faites avant l'étude, la répétition de tentatives durant la première année et la répétition chronique pendant la période de l'étude (cinq tentatives ou plus). L'alcoolisme a été diagnostiqué chez 7,9% des patients (14,6% étaient des hommes et 4,2% étaient des femmes). Les alcooliques ayant déjà fait une tentative de suicide étaient plus à risque de répéter leur comportement. Les auteurs ont également trouvé qu'en plus d'augmenter la probabilité d'une tentative, l'alcool peut s'ajouter de façon considérable au danger de surdosage d'une substance psychoactive. Ils ont donc conclu que la désinhibition produite par l'intoxication facilite les idées suicidaires et augmente le risque que les idées se transforment en action concrète, et ce, souvent de façon impulsive.

Le lien existant entre les problèmes de toxicomanie et les comportements suicidaires dans la population générale laisse supposer que le même phénomène se produit également à l'intérieur des milieux carcéraux (Bogue & Power, 1995; Green et al., 1993; Lester, 1982; Suokas & Lönnqvist, 1995). Laishes (1997) a d'ailleurs démontré qu'un peu plus des trois quarts de la population s'étant suicidée en milieu carcéral fédéral présentaient des antécédents de consommation de substances psycho-actives, s'associant pour la plupart à la cocaïne, au crack et à des produits dérivés du cannabis.

En 2008, Cuomo, Sarchiapone, Di Giannantonio, Mancini et Roy ont analysé diverses caractéristiques judiciaires et cliniques chez un sous-groupe de détenus souffrant de toxicomanie. Les détenus souffrant d'un problème d'abus de substances psychoactives (n=312), furent comparés aux détenus sans problème d'abus (n=591). Par le biais d'une entrevue semi-structurée, les auteurs ont observé que les détenus aux prises avec un trouble lié à un abus de substances psychoactives comptaient davantage d'incarcérations (78,8% vs 60.2%), plus de condamnations juvéniles (60,2% vs 21.5%), plus de comportements violents durant la période de détention (29,8% vs 18.6%), ainsi qu'un historique d'une ou plusieurs tentatives de suicide (20,8% vs 11.2%). Bien que ce pourcentage ne soit pas très élevé, il laisse présager que les individus incarcérés qui présentent un trouble lié à un abus de substances psychoactives présentent un risque suicidaire plus élevé.

En somme, plusieurs études ont permis de mettre en relation les troubles liés à une substance psychoactive et la récurrence des comportements autodestructeurs. Diminuant les capacités de jugement et favorisant le recours à la violence (Landry & Desmarais, 2000), la prise de substances psychoactives semble jouer un rôle important au niveau du passage à l'acte suicidaire. La prochaine section, portera sur l'impact des troubles de la personnalité sur la multiplication des comportements autodestructeurs.

Troubles de la personnalité de l'axe II

La recension des écrits indique, de façon générale, que les troubles de la personnalité représentent un facteur de risque majeur au niveau des comportements suicidaires, à un niveau de sévérité comparable à la dépression majeure et à la schizophrénie (Linehan et al., 2000). Selon ces auteurs, les individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale ou borderline représentent un groupe à risque de suicide encore plus élevé, puisqu'ils possèdent un plus grand historique de tentatives de suicide dans le passé (Suominen et al., 2000). Quant à la personnalité narcissique, celle-ci augmenterait également le risque de passage à l'acte de façon significative (Stone, 1989). C'est donc afin de pousser plus loin ces observations que nous aborderons de manière distincte, les troubles de la personnalité antisociale, borderline et narcissique, tout en mettant l'accent sur la récurrence des comportements autodestructeurs.

Trouble de la personnalité antisociale

L'Association Américaine de Psychiatrie (APA) (1996) définit le trouble de la personnalité antisociale comme étant un mode de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans. En somme, sont inventoriés les actes illégaux répétitifs, les fraudes, les tricheries, l'impulsivité, l'agressivité, les comportements à risque, l'irresponsabilité et le manque flagrant de culpabilité. Moran (1999) soutient, dans sa revue de littérature s'intéressant aux études épidémiologiques,

que le trouble de la personnalité antisociale est un trouble relativement commun. Bien qu'il soit associé à une prévalence de 2 à 3% dans la communauté, il s'observe chez environ 60% de la population carcérale masculine. Par son étude, l'auteur affirme que le trouble antisocial est une condition chronique qui s'associe à une multitude de problèmes médicaux et sociaux. Ces problèmes sont principalement l'abus de substances psychoactives, l'automutilation et le crime.

Dans le DSM-IV, le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale n'inclut pas comme critère l'adoption de comportements autodestructeurs. Cependant, certaines recherches indiquent qu'une personnalité antisociale, ou le fait de présenter des comportements criminels, sont des indicateurs de tentatives de suicide antérieures (Garvey & Spoden, 1980). Les résultats de l'étude de Garvey et Spoden (1980) démontrent d'ailleurs que 28 des 39 patients antisociaux (72%) présentaient des antécédents de tentatives de suicide (63 tentatives en tout). L'intoxication médicamenteuse était la méthode la plus commune pour les tentatives de suicide récentes (71%); en aucun cas le fusil ou le couteau n'avait été utilisé et seulement trois tentatives étaient considérées sérieuses. Par ces observations, Garvey et Spoden (1980) ont conclu que les antisociaux ont tendance à utiliser des moyens non violents lors de leur passage à l'acte suicidaire. Le caractère peu létal du geste suggère, selon eux, que les antisociaux n'ont habituellement pas l'intention de se suicider, mais qu'ils ont plutôt le désir de manipuler les autres ou d'exprimer leur frustration.

Tout en restant dans l'optique de l'expression de la frustration, l'étude de Virkkunen (1976) fait remarquer que les prisonniers s'étant automutilés (n=40) avaient des crises de rage et des bagarres plus fréquentes que ceux qui ne s'étaient jamais automutilés. Ils présentaient davantage d'abus de drogues, en plus de s'adonner à d'autres formes de comportements autodestructeurs. Les résultats de cette étude révélaient également que parmi 35 sujets s'étant lacérés en prison, neuf d'entre eux s'étaient également lacérés avant leur incarcération (87,5%). L'environnement restreint dans un contexte d'absence de stimuli semblerait un facteur assez important pour déclencher l'automutilation chez certaines personnes incarcérées. Toutefois, les explications des individus antisociaux ayant commis ce geste automutilatoire semblaient faire référence à un comportement manipulateur plutôt qu'à un réel besoin de diminuer leur tension. Bien que ces résultats correspondent à plusieurs autres études similaires, il est important de rester critique compte tenu du faible échantillon à l'étude.

Selon Bland et al. (1990), il y aurait toutefois plus d'individus aux prises avec un trouble de la personnalité antisociale chez les détenus avec des antécédents suicidaires que chez ceux sans antécédent (76% comparativement à 51%). Ces résultats contrediraient les études démontrant que les antisociaux se suicident moins, ou bien confirmeraient plutôt celles observant qu'ils simulent plus que les autres des tentatives de suicide.

Dans un autre ordre d'idées, le trouble de la personnalité antisociale est un des

diagnostics les plus fréquemment associés aux problèmes de drogue chez une population carcérale (Regier & al., 1990). Kessler et al. (1996) précisent que plus de 80% de tous les répondants de la population générale ayant un diagnostic de la personnalité antisociale avaient aussi un problème de dépendance à une substance psychoactive.

Désireux d'évaluer cette comorbidité psychiatrique, Whitters, Cadoret, Troughton et Widmer (1987) ont observé 94 alcooliques présentant un trouble de la personnalité antisociale, qu'ils ont divisé en fonction de la présence ou l'absence d'antécédent suicidaire. De ces 94 sujets, 26 (28%) avaient fait une tentative de suicide antérieurement comparativement à 68 (72%) qui n'avaient jamais fait de tentative de suicide. Une variété de symptômes, y compris la dépression, l'abus d'alcool ou de drogues, le trouble des conduites et la violence étaient plus fréquents chez le groupe ayant fait au moins une tentative de suicide. Cependant, le seul critère qui différenciait vraiment les deux groupes était la dévalorisation de soi.

En conclusion, très peu d'études ont réussi jusqu'à présent à démontrer un lien solide entre le trouble de la personnalité antisociale et la récurrence des comportements autodestructeurs. Et bien que certains auteurs soulignent le manque de sérieux des tentatives réalisées par les antisociaux, il faut garder en tête que la létalité des comportements a tendance à augmenter avec la multiplication des tentatives. C'est donc pour cette raison qu'il faut tenir compte de toutes les tentatives et rester particulièrement attentif aux individus qui multiplient leurs comportements autodestructeurs.

Trouble de la personnalité borderline

Le DSM-IV publié par l'APA (1996) définit le trouble de la personnalité borderline comme étant un mode général d'instabilité au niveau des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. Il est aussi possible d'observer, chez les individus qui ont une personnalité borderline, la répétition de comportements, de gestes, de menaces «suicidaires» ou de comportements qualifiés d'«automutilation» (Critère 5). Le décès par suicide survient chez 8% à 10% de ces sujets et les automutilations (par exemple, brûlures, coupures) sont très fréquentes. Ces actes autodestructeurs sont souvent précipités par des menaces de séparation ou de rejet. Toujours selon l'APA (1996), le trouble de la personnalité borderline présente un taux de prévalence d'environ 2% dans la population en général, de 10% chez les individus vus en consultation psychiatrique et d'environ 20% chez les patients hospitalisés dans des services psychiatriques.

Le diagnostic le plus fréquemment rencontré en cas d'automutilation est sans contredit celui du trouble de la personnalité borderline selon le DSM-IV (American Psychiatric Press, 1999). On rapporte d'ailleurs qu'entre 50% à 65% des individus qui présentent un trouble de la personnalité borderline adoptent ce type de comportement (Paris, 2005; Soloff et al., 1994a). Quant aux tentatives de suicide, celles-ci s'avèrent aussi importantes, puisqu'elles représentent un taux variant entre 38% à 73% (Black et

al., 2004; Soloff et al., 1994a). Söderberg, Kullgren et Renberg (2004) ont d'ailleurs démontré que les tentatives de suicide répétées (deux ou plus) étaient significativement plus courantes dans le groupe d'individus présentant un trouble de la personnalité borderline comparativement à ceux ne présentant pas un trouble de la personnalité borderline.

Zanarini et al. (2008) ont observé que la plupart des patients avec un trouble de la personnalité borderline rapportaient, lors de leur admission, avoir des antécédents automutilatoires. Ils ont comparé sur une période de 10 ans, 290 patients présentant un trouble de la personnalité borderline à 72 patients possédant un autre diagnostic à l'axe II. Des 290 patients borderline, 90% rapportaient des antécédents automutilatoire et 79% des antécédents de tentatives de suicide. Ils présentaient également davantage de comportements récurrents, tant au niveau automutilatoire (89%), que des tentatives de suicide (60%).

En outre, ces résultats correspondent en partie à ceux rapportés par Forman et al. (2004), qui ont constaté que les individus avec un trouble de la personnalité borderline avaient davantage d'antécédents au niveau des tentatives de suicide multiples que de tentatives de suicide uniques. Ces recherches appuient encore une fois l'hypothèse que les individus présentant un trouble de la personnalité borderline ont tendance à répéter leurs comportements.

Soloff et al. (1994a), ont étudié, sous divers angles, 84 patients hospitalisés en psychiatrie ayant un trouble de la personnalité borderline. De ce nombre, 61 (72,6%) possédaient des antécédents suicidaires, présentant une moyenne de 3,39 tentatives par individu. De plus, les auteurs ont constaté que le fait d'avoir réalisé des tentatives de suicide antérieurement était le meilleur indicateur de prédiction d'un passage à l'acte suicidaire chez les individus à l'étude. Cependant, la comorbidité entre le diagnostic de dépression majeure et de dépendance à une substance psychoactive ne permettait pas de distinguer les récidivistes des non-récidivistes.

Ces mêmes auteurs (Soloff et al., 1994b) ont également étudié la relation existante entre l'automutilation et les tentatives de suicide chez 108 patients borderline hospitalisés en institution psychiatrique. Pour ce faire, ils ont comparé les patients avec des antécédents d'automutilation à ceux sans antécédent. 63% des patients avec des antécédents d'automutilation, présentaient des comportements automutilatoire, comparativement à 75,7% qui s'associaient plutôt aux tentatives de suicide. Cependant, les résultats ont démontré que les patients qui s'automutilent sont significativement plus jeunes et plus symptomatiques que le groupe contrôle, qu'ils présentaient des idéations suicidaires plus sérieuses et des tentatives de suicide récentes.

De façon générale, les chercheurs s'entendent pour dire que les individus qui présentent un trouble de la personnalité borderline multiplient fréquemment les comportements automutilatoires ou suicidaires. Cette caractéristique s'avère d'ailleurs

l'un des critères diagnostiques permettant d'établir le profil d'un individu présentant un trouble de la personnalité borderline. Bien qu'il semble logique de faire le parallèle entre la récurrence des comportements autodestructeurs et ce type de personnalité, il semblait tout de même nécessaire d'explorer ces variables à l'intérieur de la présente étude. Surtout lorsque nous avons en tête que cette clientèle se retrouve en grand nombre dans les institutions carcérales et médico-légales.

Trouble de la personnalité narcissique

Le trouble de la personnalité narcissique est un trouble que le DSM-IV définit comme un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. Le sentiment d'être grandiose chez le patient narcissique est global; l'individu croit en fait qu'il est unique et supérieur. Il exagère ses talents; dans son égocentrisme, il se vante et se pavane, s'attend à des traitements spéciaux, et exploite les autres (Ronningstam & Gunderson, 1991). Le trouble de la personnalité narcissique s'avère un diagnostic plutôt rare dans la communauté lorsqu'on le compare aux troubles de la personnalité borderline et antisociale. Dans une étude effectuée auprès de la population de Baltimore, au Maryland, seulement 0,1% des 742 individus interrogés rencontraient les critères diagnostiques de ce trouble (Samuels et al., 2002). Malgré le fait que seulement 9% de cet échantillon présentaient un trouble de la personnalité, ce faible pourcentage semble tout de même représentatif lorsqu'il est comparé à d'autres

études. Links et Stockwell (2002) ont eux aussi mentionné que les individus présentant un trouble de la personnalité narcissique sont relativement rares, et ce, même dans un cadre clinique. Selon eux, ils représenteraient moins de 1% des patients en psychiatrie externe. Le faible pourcentage explique en partie le manque de données disponibles en ce qui concerne la répétition des comportements autodestructeurs. Faute d'information, les études recensées dans ce travail feront davantage référence au risque suicidaire plutôt qu'à la multiplication des comportements.

Tout d'abord, l'étude longitudinale de Stone (1989), ayant utilisé un échantillon de 550 patients admis à la clinique générale de l'institut psychiatrique de l'état de New York, a permis de faire des liens intéressants. Après une période de 15 ans, ce dernier a observé que les patients présentant un diagnostic ou des traits narcissiques étaient significativement plus enclins à mourir par suicide, comparativement à ceux qui n'étaient pas associés au registre narcissique (14% vs 5%). Cependant, il a remarqué que le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique était fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques dont celui faisant référence au trouble de la personnalité borderline. Ces associations ne lui ont donc pas permis de conclure que le narcissisme correspondait à lui seul à l'augmentation du risque suicidaire.

Maltsberger (1997) affirme, quant à lui, que les tentatives de suicide ainsi que les suicides complétés surviennent souvent lorsque le patient narcissique est en dépression. Un an plus tard, Ronningstam et Maltsberger (1998) mettent en lumière, par leur étude

de cas, que les patients ayant un trouble de la personnalité narcissique peuvent aussi se suicider durant les périodes où ils ne souffrent pas de dépression clinique. Links, Gould et Ratnayake (2003), soulèvent également l'imprévisibilité du passage à l'acte.

La littérature rapporte que les tentatives de suicide chez les narcissiques surviennent habituellement suite à une blessure narcissique, et ce, en raison de leur faible estime personnelle (Perry, 1990). Le sentiment de perte au niveau de leur support vital, de leurs aspirations et de leur idéal parfait peut alors être nié ou divisé (Kernberg, 1992; Krystal, 1998; Schore, 1994). Dans ce cas, le suicide peut donner à l'individu le sentiment de garder le contrôle ou de pouvoir se protéger contre les menaces et les dommages narcissiques prévus. Ainsi, la «mort survient avant le déshonneur» (Ronningstam & Maltzberger, 1998). En situation de crise, les patients narcissiques tentent de contrôler leurs émotions en niant, en isolant ou en divisant leurs sentiments intolérables, tout en maintenant la fantaisie d'être supérieurs et invulnérables (Kernberg, 1992; Krystal, 1998; Schore, 1994).

Kernberg (1984) suggère également que le suicide chez certains narcissiques peut être un véhicule du désir d'omnipotence qui permet de contrôler la situation ou autrui. Cette combinaison spécifique entre le narcissisme et les affects pathologiques peut avoir comme conséquence de laisser transparaître paradoxalement chez le patient suicidaire, un état de calme, de contrôle et de confiance en soi. De plus, les circonstances entourant le comportement suicidaire, dans la régulation morbide de l'estime de soi, rendent les

individus narcissiques peu disposés (ou même incapables) à faire part de leur intention suicidaire à un clinicien. Cet état explique en grande partie pourquoi le suicide chez l'individu narcissique est souvent soudain et imprévisible.

Finalement, les individus présentant uniquement un trouble de la personnalité narcissique peuvent réaliser des comportements autodestructeurs. Cependant, les comportements tendent à augmenter lorsque ce trouble est associé à un autre diagnostic. L'observation de la récurrence des comportements autodestructeurs chez une population présentant uniquement un trouble de personnalité narcissique est complexe, compte tenu de la faiblesse de l'échantillon disponible.

En résumé, ce projet de recherche a pour objectif de vérifier l'implication des différents diagnostics psychiatriques dans la récurrence des comportements autodestructeurs chez une clientèle sous responsabilité légale. Bien que les écrits scientifiques soient relativement rares face à ce sujet, il n'en reste pas moins que plusieurs études mentionnent une augmentation du risque de passage à l'acte lorsqu'il y a présence d'un trouble mental chez l'individu. Le but de cette étude est donc de vérifier à l'aide d'instruments standardisés, si les personnes aux prises avec un trouble de dépression majeure, un trouble lié à une substance psychoactive, un trouble de la personnalité antisocial, un trouble de la personnalité borderline ou un trouble de la personnalité narcissique, sont plus enclines à multiplier les comportements autodestructeurs.

Hypothèse de recherche

À partir de la recension des écrits, il est d'abord possible de formuler les hypothèses suivantes quant à l'ensemble des comportements autodestructeurs:

Première hypothèse: Les personnes souffrant d'un trouble de dépression majeure devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs.

Deuxième hypothèse: Les personnes souffrant de troubles liés à une substance psychoactive devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs.

Troisième hypothèse: Les personnes souffrant de trouble de la personnalité antisociale devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs.

Quatrième hypothèse: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs.

Cinquième hypothèse: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité narcissique devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs.

Par ailleurs, dans la recension qui a été consultée, la distinction n'a pas toujours été très précise en ce qui concerne la récurrence des tentatives de suicide et d'automutilations. D'où l'intérêt de poser aussi ces dix questions exploratoires quant aux deux types de comportements autodestructeurs.

Questions exploratoires

Première question exploratoire: Les personnes souffrant d'un trouble de dépression majeure devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs tentatives de suicide.

Deuxième question exploratoire: Les personnes souffrant de troubles liés à une substance psychoactive devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs tentatives de suicide.

Troisième question exploratoire: Les personnes souffrant de trouble de la personnalité antisociale devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs tentatives de suicide.

Quatrième question exploratoire: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs tentatives de suicide.

Cinquième question exploratoire: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité narcissique devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs tentatives de suicide.

Sixième question exploratoire: Les personnes souffrant d'un trouble de dépression majeure devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements automutilatoires.

Septième question exploratoire: Les personnes souffrant de troubles liés à une substance psychoactive devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements automutilatoires.

Huitième question exploratoire: Les personnes souffrant de trouble de la personnalité antisociale devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements automutilatoires.

Neuvième question exploratoire: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs

comportements automutilatoires.

Dixième question exploratoire: Les personnes souffrant du trouble de la personnalité narcissique devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements automutilatoires.

Méthode

Participants

Cette recherche est basée sur deux collectes de données différentes qui ont été agglomérées l'une à l'autre afin d'accroître la taille de l'échantillon. Le premier échantillon compte 346 personnes incarcérées. Les 243 hommes ont été évalués sur une période de 16 semaines à l'été 2000 dans deux établissements de détention («prisons») du Québec, soit ceux des villes de Trois-Rivières (71 participants) et de Québec (172 participants). Pour leurs parts, les 103 femmes ont été rencontrées entre le 26 janvier et le 12 juillet 2001, c'est-à-dire pendant leur incarcération à l'*Établissement Tanguay*, centre de détention provincial pour femmes situé à Montréal. Ces 346 personnes, récemment incarcérées, ont été sollicitées au hasard et faisaient uniquement partie des nouvelles admissions en établissement de détention provincial. L'évaluation des participants devait être réalisée à l'intérieur des sept premiers jours d'incarcération afin d'être considérés aux fins de la recherche.

Le taux de participation fut de 74% chez les hommes et de 63,6% chez les femmes. Les taux de refus ont été jugés acceptables, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1991). Les participants qui refusaient de contribuer à l'étude

¹ Les *établissements de détention* sont des institutions provinciales qui, sous la responsabilité de la *Direction générale des services correctionnels du Québec (DGSC)*, accueillent les personnes prévenues et celles qui ont reçu une sentence de moins de deux ans d'incarcération. Les *pénitenciers* sont des institutions fédérales gérées par le *Service correctionnel du Canada (SCC)* et ils accueillent les personnes qui ont reçu une sentence d'incarcération de deux ans et plus. Néanmoins, les expressions *prisons* ou *établissements pénitentiaires* sont souvent employées de façon générique dans la littérature et elles correspondent alors à tous les établissements qui détiennent des individus prévenus ou condamnés.

invoquaient plus particulièrement leur très courte sentence (par exemple, une seule journée), souvent en parallèle avec un type d'infraction jugé par eux-mêmes comme mineur (par exemple, refus de payer une contravention). Par ailleurs, la participation de tous les sujets s'est faite sur une base volontaire. Ont été exclus de la recherche les participants qui ne parlaient pas français, qui étaient condamnés à une sentence dite «fédérale» (c.-à-d. qui devaient éventuellement être transférés à un établissement fédéral), qui étaient incarcérés depuis plus de sept jours ou qui étaient uniquement en transit.

Le deuxième échantillon, provient d'une étude ayant débuté en 1998, conduite par Gilles Côté, Sheilagh Hodgins et Marc Daigle, avec la collaboration de Belkacem Abdous, Christopher Webster et Pierre Gagné. Alors que le premier échantillon représentait l'ensemble de la population carcérale, celui-ci donne accès à 178 participants, 137 hommes et 41 femmes ayant tous reçu un diagnostic de trouble mental grave (spectres de la psychose et des troubles graves de l'humeur, excluant les troubles psychotiques d'origine organique et la psychose réactionnelle brève). Le taux de participation globale fut pour cet échantillon de 46,9%. Les refus correspondent à des refus directs, c'est-à-dire à des cas d'abandon en cours d'évaluation, des cas où il était finalement impossible de rejoindre le participant et des cas d'incapacité (le participant s'avérant trop souffrant pour participer à l'évaluation).

Ces 178 participants ont été recrutés et identifiés selon les critères légaux définissant trois statuts distincts. Les membres du premier groupe ont reçu une sentence les condamnant à l’incarcération; ils proviennent de cinq prisons provinciales et de l’ensemble des pénitenciers du Québec. Dans le second groupe, les participants sont sous la garde de la commission d’examen du tribunal administratif du Québec, ayant été reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. Ils sont donc sous la responsabilité des unités médico-légales de Shawinigan, de Sherbrooke, de l’Institut Philippe-Pinel de Montréal ou de l’Institut universitaire en santé mentale de Québec. En ce qui concerne les participants du troisième groupe, ceux-ci sont sous le coup d’un mandat de mise sous garde, ayant été jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; ils proviennent des unités psychiatriques des quatre mêmes institutions.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Il s’agit d’une série de questions concernant les données sociodémographiques afin d’obtenir une description de l’échantillon. On y retrouve des questions sur l’âge, le statut marital, le niveau de scolarité, le statut d’incarcération (prévenu ou sentencé), la durée de la sentence et le type de délits.

Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID I et II)

L'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID-I et SCID-II; First et al., 1997) est un guide d'entretien structuré permettant d'identifier chez un individu les principaux diagnostics des axes I et II du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Le SCID I est notamment constitué de neuf modules totalisant 360 items qui permettent d'identifier les principaux diagnostics de l'Axe I. Quant aux sections s'intéressant aux diagnostics de l'Axe II, plusieurs questions faisant référence aux critères diagnostiques du DSM-IV permettent d'évaluer les douze désordres de la personnalité.

En utilisant un arbre décisionnel, le SCID guide l'évaluateur dans la vérification des hypothèses de diagnostic qui se posent au fil de l'entretien. L'extrait généré par le SCID est un rapport sur la présence ou l'absence de chacun des diagnostics qui sont considérés pour un épisode courant (i.e. dans le dernier mois) ou bien pour une prévalence à vie. Le SCID a déjà été utilisé au Québec avec la clientèle des personnes incarcérées. Le SCID n'est pas un questionnaire auto-administré. Des assistants spécialement formés ont administré le test aux répondants à l'occasion d'un entretien durant environ 120 minutes. L'accord inter-juges, calculé sur 22 des protocoles du SCID lors de la collecte de l'an 2000 (Daigle & Côté, 2002), est total, soit 1. Il est à noter qu'un même individu peut obtenir lors de la passation du SCID plus d'un diagnostic, ce qu'on appelle la comorbidité.

Lethality of Suicide Attempt Rating Scale

La *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale* (LSARS) (Smith et al., 1984), graduée de 0 à 10 sur une échelle à intervalle égal, a servi à mesurer le degré de gravité (ou létalité) des événements qui sont présumés être des «comportements autodestructeurs». La cotation de la LSARS est basée sur la gravité réelle de la méthode utilisée, mais aussi sur les circonstances entourant l'événement (voir le Tableau 3). La gravité de la méthode réfère à l'impact potentiellement mortel de l'acte spécifique et du moyen utilisé. Par exemple, à quel endroit et à quelle profondeur la personne s'est lacérée ou encore, quel est le type et la dose de la médication consommée. L'évaluation de la sévérité de la méthode est ensuite modifiée par l'analyse des circonstances entourant le geste. Certaines questions pertinentes aux circonstances sont, par exemple: «Est-ce que la personne était seule? En avait-elle parlé à quelqu'un avant ou après l'acte? Combien d'interventions médicales ont été requises?».

Tableau 3
Critères concernant la gravité des
comportements autodestructeurs (LSARS)

Critère	Description
3,5	La mort est improbable tant que des premiers soins sont administrés par la victime ou autre personne. La victime fait habituellement une communication, fait son geste en public ou bien ne prend pas les moyens pour se cacher ou cacher sa blessure.
5	La probabilité de mort, directement ou indirectement, est 50-50 ou bien, selon l'opinion de la moyenne des gens, la méthode choisie implique une issue équivoque.
7	La mort est l'issue probable à moins que des premiers soins ou des soins médicaux «immédiat et vigoureux» ne soient appliqués par la victime ou une autre personne.

Traduction libre.

Dans la présente étude, les scores de moins de 4 à l'échelle de LSARS permettent d'identifier les automutilations, tandis que les scores de 4 et plus sont associés aux tentatives de suicide. Seul le dernier comportement autodestructeur fut analysé, permettant ainsi d'observer l'ensemble de la population à l'étude. Cette échelle est une des deux meilleures mesures pour évaluer la gravité, elle possède un large support empirique (Leenaars et al., 1997).

Un canevas d'entrevue a été construit afin de faciliter la cotation de la LSARS, à partir notamment d'éléments circonstanciels déjà éprouvés en milieu carcéral (Daigle, Alarie, & Lefebvre, 1999). La fidélité inter-juges, pour 30 protocoles de la LSARS, était

de 0,92 (coefficient intra-classe) lors de la collecte de l'an 2000 auprès des hommes (Daigle & Côté, 2002). Au Québec, Labelle et Boyer (1998) ont déjà utilisé le même instrument auprès de 24 jeunes suicidants.

Déroulement

En ce qui concerne le premier échantillon, les employés des centres de détention ont communiqué aux assistants de recherche le nom des personnes nouvellement admises en établissement. Choies selon une méthode aléatoire, seules les personnes ayant accepté de participer à l'étude étaient rencontrées. Après l'explication de l'étude et la vérification de l'admissibilité, ceux et celles encore désireux de participer à la recherche ont dû compléter un formulaire de consentement (Appendices A et B) et ce, afin de respecter les normes éthiques. De plus, les assistants de recherche ont pris soin de s'assurer que les personnes incarcérées avaient bien compris ce qu'impliquaient leur participation et leur droit de se retirer de la recherche en tout temps. Ensuite, trois assistants de recherche ont rencontré sur place, dans la première semaine de leur incarcération et même dès les premiers jours, les 243 hommes et les 103 femmes volontaires. Chaque participant a été rencontré individuellement sur une période d'environ trois heures. Ces assistants avaient été formés préalablement à l'utilisation des différents tests; ils complétaient eux-mêmes certains instruments, suite à un entretien semi-structuré avec les individus incarcérés.

Le deuxième échantillon s'inscrit, quant à lui, dans une étude corrélacionnelle et longitudinale plus vaste. L'évaluation des participants fut réalisée soit au moment de leur libération ou radiation, soit lors de leur retour dans leur milieu de vie. Les participants ayant obtenu une libération conditionnelle (qu'il s'agisse d'une semi-liberté, d'une libération totale ou d'une libération d'office) furent identifiés à partir des listes de la Commission nationale des libérations conditionnelles, commission rattachée aux services de la Sécurité publique du Canada. La possibilité que l'un de ces ex-détenus présente un trouble mental grave fut documentée à partir du dossier institutionnel, des contacts avec les psychologues de l'établissement où il résidait avant sa libération, et auprès du service d'évaluation du Centre Régional de Réception (endroit où tous les sujets sentencés au Québec à deux ans ou plus de détention sont envoyés au début de leur sentence). L'évaluation des participants fut réalisée sur une période de six semaines et a demandé la participation de plusieurs professionnels. Ont collaboré au projet l'équipe de psychologues affiliés aux évaluations du risque, lesquels avaient suivi une formation sur le SCID-III-R. Le Dr Pierre Gagné, médecin responsable de l'unité de psychiatrie légale au Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke collabora également à la réussite du projet. Quant aux sujets en cure fermée et en cure libre, ceux-ci furent identifiés à partir des services des archives des établissements participant. Les principaux établissements affiliés à la recherche font partie de la région Mauricie/Centre-du-Québec; Centre hospitalier (CH) de Shawinigan, CH régional de la Mauricie, CH Ste-Marie et CH Ste-Croix de Drummondville et de l'Estrie, Centre universitaire de la santé de l'Estrie. L'Institut Philippe-Pinel de Montréal et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec,

complètent la liste des établissements participants.

Toujours pour le deuxième échantillonnage, deux équipes d'assistants de recherche furent recrutées afin de couvrir les quatre régions administratives. Les évaluations, furent réalisées dans les jours suivant la radiation ou la libération des détenus ou des patients. La durée totale des rencontres variait entre trois et six heures. Les sujets, jugés aptes à fournir un consentement éclairé du fait de leur retour autorisé en milieu naturel, furent sollicités à participer à la recherche.

Afin d'assurer la fidélité des données recueillies, 15% des sujets furent soumis à une procédure d'accord inter-observateurs (évaluation en présence des deux juges et non dans une procédure test-retest, étant donné la durée de l'évaluation). La procédure s'inscrit également pour la consultation des dossiers. Qui plus est, une rémunération de 10 dollars fut remise au participant non-sentencé suite à l'évaluation, afin de faciliter leur collaboration. Chaque participant fut rencontré par le même assistant de recherche aux deux temps dans le but d'assurer une certaine continuité.

Considérations éthiques

Tel qu'indiqué plus haut, un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants concernés, en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (voir Appendices

A, B, C et D). Ces formulaires avaient comme objectifs d'informer les participants qu'ils étaient libres de collaborer à la recherche et qu'ils avaient le droit de se retirer en tout temps. De plus, les assistants de recherche s'engageaient à respecter la confidentialité des informations recueillies et l'anonymat des participants. Toutefois, les sujets étaient avisés que la confidentialité de leurs déclarations ne serait pas respectée si celles-ci mettaient en cause la sécurité d'autrui ou d'eux-mêmes. Dans ce dernier cas, où la personne n'aurait pas déjà été dépistée par le personnel de l'établissement, seules des informations minimales devaient être transmises et devaient être uniquement en rapport avec l'urgence auto ou hétéro-agressive.

Résultats

La présentation des résultats se divise en trois sections. La première section consiste en une description de l'échantillon, selon les données sociodémographiques obtenues. La deuxième section présente les analyses inférentielles qui permettent de vérifier les hypothèses de recherche. Cette dernière section compare les résultats, différenciés selon la présence de comportements autodestructeurs uniques ou récurrents, tout en considérant les diagnostics à l'étude. La troisième section traite des résultats en lien avec les questions exploratoires spécifiques aux tentatives de suicide et aux automutilations.

Description de l'échantillon

Le Tableau 4 présente l'ensemble des données sociodémographiques. Les deux échantillons diffèrent significativement au niveau de l'âge, du statut civil, ainsi que des comportements autodestructeurs (automutilations et tentatives de suicide). En réalité, il y a beaucoup plus de sujets qui présentent des comportements autodestructeurs dans le deuxième échantillon que dans le premier $\chi^2(1, N = 518) = 23,15, p < 0,001$. De manière plus spécifique, les automutilations $\chi^2(1, N = 518) = 7,06, p < 0,01$ et les tentatives de suicide $\chi^2(1, N = 518) = 10,24, p < 0,001$ sont majoritairement rapportées dans le deuxième échantillon.

Tableau 4

Comparaison entre les deux échantillons: Caractéristiques sociodémographiques

	1 ^{er} échantillon (N=346)	2 ^e échantillon (N=178)	<i>t</i>	χ^2
Sexe				
Femme	29,8% (n=103)	23,0% (n=41)		
Homme	70,2% (n=243)	77,0% (n=137)		2,68
Âge	34,77 (10,79)	38,56 (11,91)	-3,68***	
Nb d'années de scolarité	10,13 (2,68)	10,15 (3,20)	-0,96	
Statut civil				
Seul	75,4% (n=261)	91,0% (n=162)		
En couple	24,6% (n=85)	9,0% (n=16)		8,33***
Automutilation	16,6% (n=57)	26,4% (n=46)		7,06**
Tentative de suicide	14,8% (n=51)	26,4% (n=46)		10,24***
Comportement autodestructeur	31,1% (n=107)	52,9% (n=92)		23,15***

Note. Les données correspondent à des pourcentages, ou sinon, à la moyenne (avec écart-type entre parenthèses).

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Après agglomération des données des deux échantillons, le Tableau 5 présente les résultats permettant de vérifier lequel des deux types de comportements ciblés (tentative de suicide ou automutilation) s'avère le plus fréquemment attribué en fonction des diagnostics. Se basant uniquement sur le plus récent des incidents, l'analyse du Khi Carré révèle qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sujets ayant adopté l'un ou l'autre des deux comportements. Ceci étant dit, certaines données étaient parfois manquantes, ce qui explique que les pourcentages ne soient pas toujours calculés par rapport au total des tentatives de suicide (97) ou des automutilations (103).

Tableau 5

Test de fréquence entre le type de comportements autodestructeurs et le diagnostic

Diagnostic	Tentatives de suicide (n=97)		Automutilation (n=103)		χ^2
	n	%	n	%	
Dépression majeure	32	33,7	24	23,3	2,63 ¹
Troubles liés à une substance psychoactive	74	79,6	82	76,3	0,32
Trouble de la personnalité antisociale	47	51,6	48	47,5	0,33
Trouble de la personnalité borderline	42	46,2	46	45,5	0,01
Trouble de la personnalité narcissique	7	7,7	10	9,9	0,29

¹ Certaines analyses de khi-carré présentent une fréquence inférieure à 5, ce qui invalide le test. Cependant, l'interprétation d'une tendance sera tout de même présentée.

Le Tableau 6, présente lequel des deux types de comportements ciblés (tentative de suicide ou automutilation) s'avère le plus fréquemment attribué en fonction de la fréquence du comportement. Les résultats illustrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sujets ayant fait une tentative de suicide et les sujets ayant réalisé une automutilation, $\chi^2 (3, N = 200) = 0,04$ n.s.

Tableau 6

Test de fréquence entre le type de comportements autodestructeurs et leur fréquence d'apparition

Fréquence	Tentatives de suicide (n=97)		Automutilation (n=103)		χ^2
	n	%	n	%	
Uniques	38	39,2	39	37,9	0,04
Récurrents	59	60,8	64	62,1	

Vérification des hypothèses de recherche

Les cinq hypothèses prévoyaient que les personnes souffrant d'un trouble (trouble de dépression majeure, trouble lié à une substance psychoactive, troubles de la personnalité antisociale, borderline ou narcissique) devraient démontrer davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs. Pour vérifier ces hypothèses, un

test de fréquence fut effectué selon le nombre de manifestations comportementales.

Le Tableau 7 présente les résultats permettant de vérifier lequel des deux groupes (comportements uniques ou comportements récurrents) s'avère le plus fréquemment rencontré selon le diagnostic établi (Hy 1 à 5). Les résultats indiquent qu'il existe effectivement une différence significative entre les deux groupes, mais uniquement pour le trouble de la personnalité borderline $\chi^2(1, N = 195) = 5,74, p < 0,01$, ce qui permet donc de soutenir l'hypothèse 4. Toutefois, les hypothèses 1, 2, 3 et 5 relatives aux autres diagnostics sont infirmées. Le même type de différences a été observé lorsque seul l'échantillon 1 fut analysé. Pour l'échantillon 2, la différence n'est cependant pas significative au niveau du trouble de la personnalité borderline.

Tableau 7

Comparaison entre la fréquence des comportements autodestructeurs
et les diagnostics

Diagnostic	Uniques (n=77)		Récurents (n=123)		χ^2
	n	%	n	%	
Dépression majeure	17	21,5	40	32,0	2,64
Troubles liés à une substance psychoactive	62	78,5	98	77,2	0,05
Trouble de la personnalité antisociale	40	51,9	55	46,6	0,53
Trouble de la personnalité borderline	27	35,1	62	52,5	5,74**
Trouble de la personnalité narcissique	8	10,4	9	7,6	0,45

** $p < 0,01$

Questions exploratoires

Le Tableau 8 présente les résultats permettant de vérifier chez l'individu qui fait spécifiquement des tentatives de suicide, lequel des deux groupes (comportements uniques ou comportements récurrents) s'associe le plus aux diagnostics établis (Questions 1 à 5).

Tableau 8

Comparaison entre la fréquence des tentatives de suicide
et les diagnostics

Diagnostic	Uniques (<i>n</i> =38)		Récurents (<i>n</i> =59)		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dépression majeure	9	23,7	23	40,4	2,84
Troubles liés à une substance psychoactive	28	73,7	46	78,0	0,23
Trouble de la personnalité antisociale	21	58,3	26	47,3	1,07
Trouble de la personnalité borderline	13	36,1	29	52,7	2,42
Trouble de la personnalité narcissique	3	8,3	4	7,3	0,04

Le Tableau 9 présente les résultats permettant de vérifier spécifiquement chez l'individu qui s'automutile, lequel des deux groupes (comportements uniques ou comportements récurrents) s'associe le plus aux diagnostics établis (Questions 6 à 10).

Tableau 9

Comparaison entre la fréquence des automutilations
et les diagnostics

Diagnostic	Uniques (<i>n</i> =39)		Récurents (<i>n</i> =64)		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dépression majeure	8	20,5	16	25,0	0,27
Troubles liés à une substance psychoactive	33	84,6	49	76,6	0,97
Trouble de la personnalité antisociale	19	48,7	29	46,8	0,04
Trouble de la personnalité borderline	13	33,3	33	53,2	3,82
Trouble de la personnalité narcissique	5	12,8	5	8,1	0,61

Discussion

Cette section se divise en trois grandes parties, soit la discussion des hypothèses de recherche, les forces et les faiblesses de cette recherche, et finalement les retombées de la recherche.

Discussion des résultats

Cette recherche visait essentiellement à établir la fréquence des comportements autodestructeurs en fonction des différents diagnostics psychiatriques des individus sous responsabilité légale. Elle visait également à étudier une population difficile qui s'avère extrêmement lourde pour les diverses institutions qui l'accueillent. Pour ce faire, cinq hypothèses de recherche ont été avancées. Une seule d'entre elles fut toutefois soutenue par les données obtenues. Il est important de se rappeler que les concepts reliés aux comportements autodestructeurs ont été définis pour cette recherche selon l'approche particulière de la LSARS, ce qui a permis de faire une distinction claire entre l'automutilation et la tentative de suicide. Seul le score du dernier comportement fut toutefois retenu, permettant d'observer la totalité de l'échantillon. Dix questions exploratoires avaient également été soulevées. Cependant, comme la distinction entre les deux types de comportements autodestructeurs n'a pas permis d'observer de différences entre les cas uniques et les cas multiples, notre discussion ne portera donc que sur l'ensemble des cas agglomérés sous le vocable «comportements autodestructeurs».

Dépression majeure

La première hypothèse de recherche visait à vérifier l'augmentation de la fréquence des comportements autodestructeurs chez une personne souffrant d'un trouble de dépression majeure. Selon les résultats obtenus, l'hypothèse n'a pas été confirmée. En dépit du risque significatif et bien documenté (Hawton, 1987; Malone et al., 1992; Pokorny, 1964) de tentatives de suicide et de suicides complétés chez les dépressifs, la présence d'une dépression à elle seule ne semble pas cliniquement un indice de prédiction significatif en ce qui concerne la quantité de gestes posés. C'est d'ailleurs ce que Peterson et Bongar (1990) avaient conclu suite à leur étude regroupant une clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale importants.

Pourtant, Mechri et al. (2005), ont démontré que la dépression est le symptôme le plus fréquemment constaté chez ceux qui réalisent des tentatives de suicide à répétition comparativement à ceux qui ne le font qu'une seule fois. Cependant, l'échantillon de Mechri et al. était tiré uniquement de la culture tunisienne et non d'une culture nord-américaine comme dans la présente recherche. Qui plus est, leurs données allaient dans le même sens que celles de Stewart et al. (2001), qui plaident en faveur du rôle des symptômes dépressifs dans la détermination des récives suicidaires. Ces derniers auteurs avaient toutefois un échantillon regroupant des enfants et des adolescents âgés entre 5 et 19 ans, ce qui peut expliquer en grande partie la divergence des résultats.

Qui plus est, la distinction des concepts à l'aide d'un vocabulaire rigoureux pourrait expliquer en grande partie les différences observées entre nos propres résultats et ceux des autres chercheurs qui ne définissaient pas toujours bien les comportements cibles.

Troubles liés à une substance psychoactive

En ce qui concerne les troubles liés à une substance psychoactive, aucune différence statistiquement significative n'a pu être confirmée entre les deux groupes, ce qui infirme également la deuxième hypothèse. Ces résultats vont cette fois dans le même sens que ceux de Mechri et al. (2005), qui n'ont pu constater de différence significative entre les deux groupes à l'étude concernant la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

Malgré cela, plusieurs études suggèrent que l'alcool ou les drogues représentent un facteur prédictif important de la récurrence suicidaire (Stewart et al., 2001; Vajda & Steinbeck, 2000). En effet, l'alcool produit chez l'individu une désinhibition qui facilite les idées suicidaires et augmente le risque que les idées se transforment en action concrète (Hawton et al., 1989). En fait, l'alcool augmenterait l'impulsivité et réduirait le contrôle comportemental sans, à lui seul, contribuer à la multiplicité des comportements autodestructeurs. Ainsi, sans la présence simultanée de certains facteurs de risque comme le fait d'être sans emploi, isolé et de vivre une expérience de perte récente, le

risque de suicide s'avère beaucoup plus faible (Mishara & Tousignant, 2004). Murphy (1992) va même jusqu'à dire que le suicide d'un alcoolique n'est pas un geste impulsif, mais plutôt une accumulation de circonstances négatives et qu'il n'est pas simplement une conséquence de la consommation.

D'un autre côté, l'étude de Suokas et Lönnqvist (1995), menée auprès de 1207 suicidants ayant consommé de l'alcool avant leur geste suicidaire, met en évidence le lien entre les tentatives de suicide répétées et l'abus d'alcool. Pour ces auteurs, la consommation d'alcool est un facteur prédictif de récurrence, et pas uniquement chez les alcoolodépendants. Ils considèrent que la consommation d'alcool, même ponctuelle, est un facteur de risque de récurrence suicidaire. Cependant, ils croient que l'alcoolodépendance favorise davantage les répétitions des tentatives de suicide.

Trouble de la personnalité antisociale

La troisième hypothèse, a elle aussi été réfutée, ne permettant pas d'affirmer que les gens ayant le trouble de la personnalité antisociale démontrent davantage de récurrences dans leurs comportements autodestructeurs. En fait, bien que le trouble de la personnalité antisociale soit parfois associé aux tentatives de suicide et au suicide complété, les recherches démontrent que les risques de passage à l'acte ne sont peut-être pas aussi élevés qu'on le croyait (Woodruff, Guze, & Clayton, 1971). En fait, très peu d'études ont été en mesure de démontrer que les individus qui présentent uniquement un

trouble de la personnalité antisociale sont particulièrement prédisposés à la récurrence des comportements autodestructeurs. Face à ces résultats, il est possible de penser que le trouble de la personnalité antisociale, à lui seul, ne représente peut-être pas un facteur de risque important au niveau de la multiplication des comportements autodestructeurs.

Trouble de la personnalité borderline

Quant à la prédominance des troubles de la personnalité borderline au niveau de la récurrence des comportements autodestructeurs constatée dans le présent travail, ces données rejoignent celles de la littérature scientifique, et soutient l'hypothèse 4. Comme l'ont observé Zanarini et al. (2008), la plupart des patients ayant un trouble de la personnalité borderline rapportent avoir un passé d'automutilations ou de tentatives de suicide. Ces résultats confirment ceux de Forman et al. (2004) qui concluent que les individus avec un trouble de la personnalité borderline ont significativement plus d'antécédents au niveau des tentatives de suicide multiples que de tentatives de suicide uniques. D'autres études, dont celle de Söderberg et al. (2004), démontrent également que les tentatives de suicide répétées (deux ou plus) sont significativement plus courantes dans le groupe d'individus présentant un trouble de la personnalité borderline. Il faut donc être très vigilant face à cette variable lors de la prévention de la récurrence des comportements autodestructeurs en milieu institutionnel, puisque les études démontrent que le trouble de la personnalité borderline est un des diagnostics psychiatriques les plus fréquemment rencontrés chez les populations carcérales et psychiatriques (Guelfi &

Rouillon, 2007). Ainsi, la présence d'un trouble de personnalité borderline pourrait à lui seul être un critère de renvoi vers une évaluation plus approfondie des besoins en santé mentale, et ce, dès l'admission institutionnelle.

Trouble de la personnalité narcissique

La cinquième hypothèse de recherche avançait que la récurrence des comportements autodestructeurs était plus importante chez les individus aux prises avec un trouble de la personnalité narcissique. Les résultats obtenus ne permettent pas de soutenir cette hypothèse. Cependant, il est important de garder à l'esprit que le trouble de la personnalité narcissique est un diagnostic relativement rare dans la communauté, ainsi que dans une population sous responsabilité légale, ce qui peut expliquer la faiblesse de notre échantillon (n=17). Cette situation semble également justifier la rareté des études s'intéressant à cette association et expliquer l'absence d'études ayant exploré la multiplication des comportements autodestructeurs. Devant une telle singularité, il est donc difficile de mettre en place un portrait juste de la situation. L'étude longitudinale de Stone (1989) a permis d'établir que les patients présentant un diagnostic ou des traits narcissiques ont significativement plus tendance à mourir par suicide, comparativement à ceux qui ne présentent pas le registre narcissique. L'auteur a également remarqué que ce trouble était fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques, dont le trouble de la personnalité borderline. Ainsi, il est impossible de conclure que le narcissisme correspond à lui seul à l'augmentation du risque suicidaire et donc encore moins à la

réurrence des comportements autodestructeurs.

Forces et faiblesses

La principale force de cette recherche réside dans le fait qu'elle possède un échantillon relativement grand, et ce, grâce à l'agglomération de deux sous-échantillons d'individus. Les résultats de cette recherche peuvent donc être généralisés à l'ensemble d'une population sous responsabilité légale, puisqu'elle regroupe les résidents des institutions carcérales et médico-légales québécoises, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette population présente de lourdes caractéristiques personnelles. À l'intérieur de cette recherche, il est possible d'observer des individus présentant majoritairement une problématique de santé mentale, ce qui s'avère exceptionnel.

Il est aussi à noter que, pour l'ensemble des sujets invités à participer à la recherche, 74% d'hommes et 63,6% de femmes avaient accepté de participer dans le premier échantillon comparativement à 46,9% d'hommes pour le deuxième échantillon. Malgré le nombre de refus plus élevé dans le second échantillon, les taux de refus ont été jugés acceptables, du moins en comparaison avec les taux rapportés habituellement dans les recherches semblables (Hodgins & Côté, 1990; Motiuk & Porporino, 1991).

Une autre force réside dans la qualité des instruments (LSARS, SCID-I et II) sélectionnés dans le cadre de cette étude. Malgré le fait que ceux-ci n'aient pas toujours

été présents ou équivalents pour l'ensemble des individus, les principales variables demeurent évaluées par les mêmes instruments, et ce, auprès des deux échantillons. Qui plus est, contrairement à plusieurs recherches de ce genre, une distinction normative a été établie entre les différents comportements autodestructeurs. Ainsi, la tentative de suicide a été distinguée de l'automutilation à l'aide d'une échelle reconnue (LSARS), afin de résoudre les problèmes d'identification souvent rencontrés au niveau de ce type de recherche. Rappelons que cet instrument est l'une des deux meilleures mesures pour évaluer la gravité des comportements et qu'il possède un large support empirique (Leenaars et al., 1997). Par conséquent, il est également important de souligner l'effort déployé dans l'utilisation d'un vocabulaire juste lors de la distinction des concepts. En se basant sur la nomenclature de O'Carroll et al. (1996), une précision intéressante a été apportée, permettant de distinguer avec discernement les différents concepts.

La principale faiblesse de cette étude demeure la présence de certaines disparités entre les deux échantillons. En effet, les deux échantillons diffèrent significativement au niveau de l'âge, du statut civil, ainsi que de la fréquence des comportements autodestructeurs. Le premier échantillon, provenant des établissements carcéraux, ne possédait pas systématiquement de diagnostics psychiatriques contrairement au deuxième échantillon qui prenait origine du milieu médico-légal. Cette diversité entre les deux échantillons peut avoir en partie contribué à faire augmenter la fréquence des comportements autodestructeurs chez cette deuxième population. Ces disparités peuvent en partie, avoir affaibli la sévérité du tableau clinique empêchant ainsi de faire ressortir

de façon significative certains aspects des comportements observés.

Qui plus est, l'utilisation d'une nomenclature rigoureuse permettant de faire une distinction claire entre les concepts a eu un impact important sur les analyses statistiques. Bien que la taille de l'échantillon ait globalement été élevée au départ, l'isolement des différentes variables rendit certains tests de fréquence non interprétables, invalidant ainsi quelques résultats.

Et finalement, peu de recherches ciblent spécifiquement la thématique à l'étude. Il fut donc difficile de bâtir une base de données solide, seulement à l'aide d'écrits scientifiques récents. Pour cette raison, plusieurs références datent de quelques années, ce qui ne remet toutefois pas la pertinence de l'étude en question.

Retombées de la recherche et orientations futures

Cette recherche tentait de mieux cibler les différents facteurs prédictifs de la récurrence suicidaire au sein d'une population sous responsabilité légale. Les résultats, démontrent qu'il est important de toujours demeurer vigilant face aux différents facteurs pouvant augmenter les risques de passage à l'acte. Il faut se rappeler que, peu importe ses motivations, le fait de multiplier les comportements autodestructeurs peut entraîner la mort, et ce, même si ce n'était pas le but recherché initialement. Depuis quelques années, le Service correctionnel du Canada a mis en place un Système informatisé de

dépistage des troubles mentaux lors de l'évaluation initiale (SIDTMEI). Ce système a été conçu pour identifier, dès le début de leur peine, les délinquants qui souffrent de troubles mentaux afin de pouvoir les aiguiller rapidement vers les services de santé mentale. Le Service correctionnel espère qu'une accessibilité accrue aux services de santé mentale dans les établissements et la collectivité aidera à réduire le nombre de tentatives de suicide chez les délinquants sous responsabilité fédérale. Les institutions regroupant ce même type de clientèle pourraient s'inspirer de ce modèle afin de minimiser le nombre de passage à l'acte.

Dans les recherches futures, il serait pertinent de pousser plus loin la relation entre la fréquence des comportements autodestructeurs et les différents facteurs de risque suicidaire, mais cette fois dans le cadre d'une étude longitudinale. Ainsi, les résultats devraient être davantage représentatifs, compte tenu de la circonscription de la variable temps. Toujours dans la même optique, il pourrait être intéressant d'observer la gravité du geste à travers le temps. Il serait également pertinent de séparer les femmes et les hommes en deux échantillons, puisque de nombreuses recherches démontrent que leurs problématiques et leurs besoins divergent. De cette manière, il pourrait être beaucoup plus facile par la suite de répondre correctement aux différentes exigences de la population.

En terminant, nous croyons qu'il pourrait être des plus intéressants, lors d'éventuelles recherches, de vérifier la comorbidité des différents diagnostics dans l'actualisation de comportements autodestructeurs récurrents.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

L'objectif de cette recherche visait à établir la fréquence des comportements autodestructeurs en fonction des différents diagnostics psychiatriques des individus sous responsabilité légale. Pour ce faire, un ensemble de critères diagnostiques ont été analysés dans un premier temps. Dans un deuxième temps, la récurrence des comportements fut évaluée non seulement selon le diagnostic, mais également selon le type de comportement.

Cette recherche a permis de démontrer que les individus aux prises avec un trouble de la personnalité borderline ont tendance à multiplier leurs comportements autodestructeurs. Ainsi, 35,1% des individus présentant ce diagnostic ont réalisé un comportement unique, comparativement à 52,5% qui ont répété leur comportement.

Par contre, cette étude n'a pas pu démontrer de différences statistiquement significatives quant aux hypothèses de recherche s'intéressant aux autres critères diagnostiques, alors que la littérature laissait pourtant supposer une association possible. Bien que plusieurs facteurs puissent être en cause, nous croyons que la principale explication pourrait être la présence de comorbidité diagnostique. Il serait donc intéressant dans le cadre de recherches ultérieures d'associer certains critères diagnostiques afin de démontrer quelles sont les combinaisons les plus à risque de multiplier les comportements autodestructeurs. Qui plus est, l'ensemble des questions exploratoires n'a pu être vérifié, ce qui laisse supposer qu'il n'existe aucune association entre les comportements et les différents.

Finalement, l'originalité de cette étude fait non seulement référence au sujet que représente cette étude, mais aussi aux divers instruments empiriques employés et à la distinction claire des différents concepts étudiés. Nous espérons que cette étude puisse inspirer d'autres chercheurs à s'intéresser à la récurrence des comportements automutilatoires. Ainsi, de nouvelles connaissances pourraient contribuer à la prévention des différents passages à l'acte chez cette clientèle à risque.

Actuellement, la recherche sur les comportements autodestructeurs en milieu correctionnel est limitée, et c'est pourquoi nous en savons peu sur leur prévalence, leur nature, les éléments déclencheurs connexes et les motivations des détenus à cet égard (DeHart, Smith, & Kiminski, 2009). Une connaissance plus approfondie de ces personnes et des circonstances entourant leurs gestes permettrait d'éclairer les politiques et les pratiques pertinentes et contribuerait à réduire le nombre d'incidents dans le milieu correctionnel.

Il faut également garder en tête que même si l'incarcération peut être source de stress, ce stress ne diminue pas nécessairement lorsque le détenu est mis en liberté. Les délinquants qui retournent dans la collectivité font face à de nombreux problèmes : ils doivent se trouver un emploi et un logement, rétablir les liens avec les membres de leur famille et, dans bien des cas, faire face à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans un environnement moins contrôlé (Visher, LaVigne, & Travis, 2004). La liberté sous condition peut donc être une période stressante durant laquelle le risque

de suicide est plus élevé. L'encadrement de ces personnes est donc nécessaire afin de leur assurer une transition sécuritaire dans la collectivité.

Références

- Abram, K. (1990). The problem of co-occurring disorders among jail detainees: Antisocial disorder, alcoholism, drug abuse, and depression. *Law and Human Behavior, 14*, 33-345.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e édition révisé). Washington, DC: APA Press.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- American Psychiatric Press. (1999). *DSM-IV: Diagnostics différentiels*. (Washington, DC, 1995). Traduction française par M.B. First, A. Frances, H.A. Pincus, Paris: Masson.
- Anno, B. J. (1985). Patterns of suicides in the Texas department of corrections. *Journal of Prison and Jail Health, 5*(2), 82-93.
- Appleby, L. (2000). Prevention of suicide in psychiatric patients. Dans K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 617-630). Chichester (England): Wiley.
- Backett, S. A. (1987). Suicide in Scottish prisons. *The British Journal of Psychiatry, 151*, 218-221.
- Bagley, C., & Greer, S. (1971). Clinical and social predictors of repeating attempted suicide. *British Journal of Psychiatry, 119*, 515-521.
- Bancroft, J., & Marsack, P. (1977). The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *British Journal of Psychiatry, 131*, 394-399.
- Barner-Rasmussen, P., Dupont, A., & Bille, H. (1986). Suicides in psychiatric patient in Denmark, 1971-1981. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 73*, 441-448.
- Bénézech, M. (2004). Introduction à l'étude de la dangerosité. Dans C. de Beaurepaire, M. Bénézech, & C. Kottler (Éds), *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie* (pp. 7-23). Paris: Éditions John Libbey.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behaviour in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*, 226-239.

- Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J., & Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 407-413.
- Bogue, J., & Power, K. (1995). Suicide in Scottish prisons, 1976-1993. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 527-540.
- Bonner, R. L. (1992). Isolation, seclusion, and psychological vulnerability as risk factors for suicide behind bars. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, & J.T. Maltzberger, (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 398-419). New York : Guilford.
- Borges, G., & Rosovsky, H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 543-548.
- Bourgeois, M. L., Facy, F., Rouillon, F., & Verdoux, H. (1997). Épidémiologie du suicide. *Encyclopédie médico-chirurgicale : Psychiatrie* (no37-397-A-20). Paris : Elsevier.
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (2002). The psychophysiology of repetitive self-mutilation. *Archives of Suicide Research*, 6, 199-210.
- Brittlebank, A. D., Cole, A., Hassanyeh, F., Kenny, M., Simpson, D., & Scott, J. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3), 280-283.
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 185-200.
- Burtch, B., & Ericson, R. V. (1979). *The silent system : An inquiry into prisoners who suicide*. Toronto: Centre of Criminology.
- Caroli, F., Gauillard, J., & Vacheron, M. N. (2000). Conduites suicidaires et dépression : Aspects psychopathologiques. Dans T. Lemperiere (Éd.), *Dépression et suicide* (pp. 49-78). Paris: Acanthe et Masson.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cookson, H. M. (1977). A survey of self-injury in a closed prison for women. *British Journal of Criminology*, 17, 332-347.

- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*, 339-345.
- Daigle, M. S., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). La problématique suicidaire chez les femmes incarcérées. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle, 11*(3), 41-45.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2001). Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés: Faut-il en appeler à une prise en charge communautaire? *Criminologie, 34*(2), 103-122.
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2002). *Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Dear, G. E., Thomson, D. M., & Hills, A. M. (2000). Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 160-175.
- DeHart, D. D., Smith, H. P., & Kiminski, R. J. (2009). Institutional Responses to Self-Injurious Behavior Among Inmates. *Journal of Correctional Health Care, 15*, 129-141.
- Dooley, E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-1987. *British Journal of Psychiatry, 156*, 40-45.
- Evans, J., Platts, H., & Liebenau, A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: A comparison of first-timer's and repeaters. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93*, 378-380.
- Farmer, K. A., Felthous, A. R., & Holzer, C. E. (1996). Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide prevention program. *Journal of Forensic Sciences, 41*, 240-246.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2^e éd.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 283-289.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic Issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 134-140.

- Feinstein, R., & Plutchik, R. (1990). Violence and suicide risk assessment in the psychiatric emergency room. *Comprehensive Psychiatry*, *31*, 337-343.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 437-443.
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate self-harm: Self-injurious behaviour within a correctional mental health population. *Criminal Justice and Behavior*, *15*, 210-218.
- Gardner, A. R., & Gardner, A. J. (1975). Self-mutilation, obsessionality and narcissism. *British Journal of Psychiatry*, *127*, 127-132.
- Garvey, M. J., Spoden, F. (1980). Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *21*, 146-149.
- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Miller, I. W. (2009). Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depression and Anxiety*, *26*, 568-574.
- Gingell, C. (1990). *Criminalization of the mentally ill: Some data to examine the hypothesis*. Thèse de doctorat inédite, Université Simon Fraser.
- Goldney, R. D., Positano, S., Spence, N. D., & Rosenman, S. J. (1985). Suicide in association with psychiatric hospitalisation. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, *19*, 177-183.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for functions of deliberate self-mutilation: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 192-205.
- Green, C., Kendall, K., Andre, G., Looman, T., & Polvi, N. (1993). A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Medicine, Science and the Law*, *33*, 121-127.
- Grunebaum, H. U., & Klerman, G. L. (1967). Wrist slashing. *American Journal of Psychiatry*, *124*, 527-534.

- Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2007). *Manuel de psychiatrie*. France : Elsevier Masson.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 471-489.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry, 150*, 145-153.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry, 152*, 359-366.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1992). Trends in deliberate self-poisoning and self-injury in Oxford, 1976-90. *British Medical Journal, 304*(6839), 1409-1411.
- Hawton, K., Fagg, J., & McKeown, S. P. (1989). Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol and Alcoholism, 24*(1), 3-9.
- Haycock, J. (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly, 60*(1), 85-98.
- Haycock, J. (1993). Double jeopardy: Suicide rates in forensic hospitals. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 130-138.
- Haynes, R. L., & Marques, J. K. (1984). Patterns of suicide among hospitalized mentally disordered offenders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*, 113-125.
- Heney, J. (1990). *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*. Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Herzog-Evans, M. (1998). *La gestion du comportement du détenu : Essai de droit pénitentiaire*. Paris: L'Harmattan.
- Hesso, R. (1977). Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish psychiatric hospitals. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 224*, 119-127.
- Hillbrand, M. (1993). Self-injurious behavior in correctional and non-correctional psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Journal of Offender Rehabilitation, 19*(3-4), 95-102.
- Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, K. S., & Foster, H. G. (1994). Clinical predictors of self-mutilation in hospitalized forensic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 9-13.

- Hillbrand, M., Young, J. L., & Krystal, J. H. (1996). Recurrent self-injurious behavior in forensic patients. *Psychiatric Quarterly*, 67(1), 33-45.
- Hodgins, S. & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers québécois. *Santé Mentale au Canada*, 38(1), 1-5.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1993). The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 115-129.
- Inch, H., Rowlands, P., & Soliman, A. (1995). Deliberate self-mutilation in a young offenders' institution. *Journal of Forensic Psychology*, 6, 161-171.
- Jones, D. (1996). *Study of inmate suicides*. Frankfort, KY: Kentucky Corrections Cabinet.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggressions in personality disorders and perversions*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31.
- Kreitman, N., & Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 153, 792-800.
- Krystal, H. (1998). Affect regulation and narcissism: Trauma, alexithymia and psychosomatic illness in narcissistic patients. Dans E. Ronningstam (Éd.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications* (pp. 299-325). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kullgren, G., Tengström, A., & Grann, M. (1998). Suicide among personality-disordered offenders: A follow-up study of 1943 male criminal offenders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(suppl. 1), S102-S106.
- Labelle, R., & Boyer, R. (1998). *Vécu et demande d'aide formelle de 24 suicidants âgés entre 15 et 29 ans. Rapport soumis au Conseil permanent de la jeunesse*. Conseil permanent de la jeunesse.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18, 157-162.

- Lalande, P., & Giguère, G. (2009). *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec (du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2006): Direction du développement et du conseil en services correctionnels*. Direction générale des services correctionnels. Ministère de la Sécurité publique.
- Landry, P., & Desmarais, J. (2000). Violence, toxicomanie et maladie mentale. *L'intervenant*, vol. 16(3), Dossier violence (pp.21-22).
- Leenaars, A. A., DeLeo, D., Diekstra, R. F., Goldney, R. D., Kelleher, M. J., Lester, D., & Nordstrom, P. (1997). Consultations for research in suicidologie. *Archives of Suicide Research*, 3, 139-151.
- Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A., Casalino, E., & Lequen, V. (2008). Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 30-38.
- Lester, D. (1982). Suicide and homicide in US prisons. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1527-1528.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., Bohus M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Liebling, A. (1994). Suicide amongst women prisoners. *The Howard Journal*, 33(1), 1-9.
- Linehan, M. M., Camper, P., Chiles, J., Strosahl, K., & Shearin, E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 1-12.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders. Dans K. Hawton & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. (pp. 147-178). Chichester, England: Wiley.
- Links, P. S., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Suicide*, 48, 301-310.
- Links, P. S., & Stockwell, M. (2002). The role of couple therapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 522-538.
- Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspect: Depression. Dans K. Hawton & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-120). Chichester, England: Wiley.

- MacLeod, A. K., Williams, J. M., & Linehan, M. M. (1992). New developments in the understanding and treatment of suicidal behaviour. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 193-218.
- Malone, K. M., Myers, J. M., Haas, G. L., Mieczkowski, T. A., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1992). *Psychobiologic predictors of reattempted suicide*. American Psychiatric Association Annual Meeting.
- Maltsberger, J. T. (1997). Ecstatic suicide. *Archives of Suicide Research*, 3, 283-301.
- McKee, G. R. (1998). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- Mechri, A., Mrad, A., Ajmi, F., Zaafrane, F., Khiari, G., Nouira, S., & Gaha, L. (2005). Les récidives suicidaires: Étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien. *L'Encéphale*, 31(1), 65-71.
- Michaelis, B. H., Goldberg, J. F., Singer, T. M., Garno, J. L., Ernst C. L., & Davis, G. L. (2003). Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 15-20.
- Mishara, B. L., Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Monk, M. (1987). Epidemiology of suicide. *Epidemiologic reviews*, 9, 51-69.
- Moore, G. M., & Robertson, A. R. (1998). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm. A prospective study. Dans R.J. Kosky, H.S. Eshkevari, R.D. Goldney, & R. Hassan (Éds), *Suicide prevention: The global context* (pp. 79-85). New York: Plenum.
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-242.
- Motiuk, L. L., & Porporino, F. J. (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada* (Rapport de recherche R-24). Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Murphy, G. E. (1992). *Suicide in Alcoholism*. New-York: Oxford University press.

- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. Dans K. Hawton & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-189). Chichester, England: Wiley.
- Neighbors, H., Williams, D., Gunnings, T., Lipscomb, W., Broman, C., & Lepkowski, J. (1987). *The prevalence of mental disorder in Michigan prisons*. Lansing: Michigan Department of Corrections.
- Nelson, V., Nielson, E., & Checketts, K. (1977). Interpersonal attitudes of suicidal individuals. *Psychological Reports*, 40, 983-989.
- Nock, M. K., & Marzuk, P. M. (2000). Suicide and violence. Dans K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp.437-456). Chichester, England: Wiley.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Ojehagen, A., Regnell, G., & Traskman-Bendz, L. (1991). Deliberate self-poisoning: Repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 266-271.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *La prévention du suicide dans les établissements correctionnels*. Genève: Organisation mondiale de la santé. Consulté http://www.who.int/mental_health/resources/resource_jails_prisons_french.pdf
- Owens, D., Dennis, M., Read, S., & Davis N. (1994) Outcome of deliberate self-poisoning: An examination of risk factors for repetition. *British Journal of Psychiatry*, 165, 797-801.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17, 1091-1104.
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A., & Luscomb, R. L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 478-484.
- Perris, C., Beskow, J., & Jacobson, L. (1980). Some remarks on the incidence of successful suicides in psychiatric care. *Social Psychiatry*, 15, 161-166.
- Perry, C. J. (1990). Personality disorders, suicide and self-destructive behavior. Dans D. Jacobs & H. Brown (Éds), *Suicide: Understanding and responding*. Madison, CT: International University Press.

- Peterson, L. G., & Bongar, B. (1990). Repetitive suicidal crises: Characteristics of repeating versus nonrepeating suicidal visitors to a psychiatric emergency service. *Psychopathology*, *23*, 136-145.
- Petit, L. (1994). *La répétition des tentatives de suicide à l'adolescence*. Thèse de doctorat inédite, Faculté de Médecine de Limoge.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. Dans C.D. Webster & M.A. Jackson (Éds), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 278-301). New York: Guilford.
- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2004). Suicidality in DSM-IV cluster-B personality disorders: An overview. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, *40*, 475-483.
- Pokorny, A. D. (1964). Suicide rates in various psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *139*, 499-506.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V., et al. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 56-63.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, *264*, 2511-2518.
- Retterstol, N. (1986). Augmentation des taux de suicide dans les hôpitaux psychiatriques scandinaves. *Annales médico-psychologiques*, *144*, 545-554.
- Reynolds, P., & Eaton, P. (1986). Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, *31*, 328-330.
- Robertson, G. (1988). Arrest patterns among mentally disordered offenders. *British Journal of Psychiatry*, *153*, 313-316.
- Roesch, R. & Golding, S. L. (1985). The impact of deinstitutionalization. Dans D.P. Farrington & J. Gunn (Éds), *Aggression and Dangerousness* (pp. 209-239). New York: Wiley.
- Ronningstam, E. F., & Gunderson. J. (1991). Differentiating borderline personality disorder from narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *5*, 225-232.

- Ronningstam, E. F., & Maltzberger, J. T. (1998). Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 261-271.
- Rosine, L. (1995). Évaluation des cas de suicide en milieu carcéral. Dans T.A. Leis, L.L. Motiuk, & J.R.P. Ogloff (Éds), *Psychologie médico-légale : Politique et pratique en milieu correctionnel* (pp. 158-173). Ottawa : Service Correctionnel du Canada.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation*. Lexington, Mass: Lexington Books.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E. Jr., & Rajad, M. H. (1995). Help negation after acute suicidal crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 499-503.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E. Jr., & Rajad, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 541-550.
- Russel, T. J., & Anthony, J. L. (2001). *Conquérir la dépression*. New York: Empowering Press.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. Dans K. Hawton & K. van Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385-404). Chichester, England: Wiley.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J. III., Brown, C. H., Costa, P. T. Jr., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Schore, A. (1994). *The neurobiology of emotional development*. Hillside, NJ: Erlbaum.
- Schotte, D., & Clum, G. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Schwartz, R. H., Cohen, P., Hoffman, N. G., & Meeks, J. E. (1989). Self-mutilation behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Pediatrics*, 28, 340-346.
- Scoliers, G., Portzky, G., van Heeringen, & Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: A 5 year follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 201-213.
- Scott, J., House, R., Yates M., & Harrington, J. (1997). Individual risk factors for early repetition of deliberate self-harm. *British Journal of medical psychology*, 70, 387-393.

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*, 248-263.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*, 264-277.
- Simpson, M. A. (1975). The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Canadian Psychiatric Association Journal, 20*, 429-434.
- Simpson, M. A. (1976). Self-mutilation. *British Journal of Hospital Medicine, 16*, 430-438.
- Slater, J., & Depue, R. (1981). The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 275-285.
- Smith, K., Conroy, R. W., & Ehler, B. D. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*, 215-243.
- Söderberg, S., Kullgren, G., & Renberg, E. S. (2004). Childhood sexual abuse predicts poor outcome seven years after parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 916-920.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T. M., Cornelius, J. R., & Ulrich, R. (1994a). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1316-1323.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T. M., Cornelius, J. R., & Ulrich, R. (1994b). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 8*, 257-267.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry, 158*, 427-432.
- Stewart, S. E., Manion, I. G., Davidson, S., & Cloutier, P. (2001). Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: Predictors of six-month outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 580-587.

- Stone, M. H. (1989). Long-term follow-up of narcissistic borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America*, *12*, 621-641.
- Suokas, J., & Lönnqvist, J. (1995). Suicide attempts in which alcohol is involved: A special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*, 36-40.
- Suokas, J., Suominen, K., & Lönnqvist, J. (2005). Chronic alcohol problems among suicide attempters post-mortem findings of a 14-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, *59*, 45-50.
- Suominen, K., Isometsa, E., Henriksson, M., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 118-125.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*, 531-554.
- Tanney, B. L. (1992). Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 277-320). New York: Guilford.
- Tassé, M. J., & Maurice, P. (1994). La mesure des comportements d'automutilation. *Science et Comportement*, *3*, 213-223.
- Taylor, E., & Stansfeld, S. (1984). Children who poison themselves: I. A clinical comparison with psychiatric controls. *British Journal of Psychiatry*, *145*, 127-135.
- Tejedor, M. C., Diaz, A., Castillon, J. J., & Pericay, J. M. (1999). Attempted suicide: Repetition and survival – findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 205-211.
- Teplin, L. (1983). The criminalization of the mentally ill: Speculation in search of data. *Psychological Bulletin*, *94*, 54-67.
- Teplin, L. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, *39*, 794-803.
- Tousignant, M., & Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie: Deux phénomènes interreliés*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Vajda, J., & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*, 437-445.

- Van Moffaert, M. M. M. P. (1990). Self-mutilation: Diagnosis and practical treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 373-382.
- Van Moffaert, M. M. M. P. (1997). Angoisse et troubles psychiatriques associés en détention. *Best of psychiatry*, 19, 6-8.
- Vieta, E., Nieto, E., Gasto, C., & Ciera, E. (1992). Serious suicide attempts in affective patients. *Journal of Affective Disorders*, 24, 147-152.
- Virkkunen, M. (1976). Self-mutilation in antisocial personality (disorder). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 54, 347-352.
- Visher, C., Lavigne, N., & Travis, J. (2004). *Returning Home: Understanding the Challenges of Prisoner Reentry*. Urban Institute: Justice Policy Center.
- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 284-300.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford.
- Waltz, J. (1994). Borderline disorder. Dans M. Helsen, R.T. Ammerman, & L. Sisson (Éds), *Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients* (pp. 305-322). New York: Plenum.
- Wasserman, D. (2001). Affective disorders and suicide. Dans D. Wasserman (Éd.), *Suicide: An unnecessary death* (pp.39-47). London: Martin Dunitz.
- Weekes, J. R., & Morison, S. J. (1992). La violence autocentrée: Distinctions entre les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation. *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4, 16-19.
- Weissman, M. (1974). The epidemiology of suicide attempts: 1960 to 1974. *Archives of General Psychiatry*, 30, 737-746.
- Weissman, M., Fox, K., & Klerman, G. L. (1973). Hostility and depression associated with suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 130, 450-455.
- Whitters, A. C., Cadoret, R. J., Troughton, E., & Widmer, R. B. (1987). Suicide attempts in antisocial alcoholics. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 624-626.

- White, T. W., & Schimmel, D. J. (1995). Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. Dans L. Hayes (Éd.), *Prison Suicide: An overview and guide to prevention*. Washington, DC: US Department of Justice.
- Wilkinson, G. & Smeeton, N. (1987). The repetition of parasuicide in Edinburgh 1980–1981. *Social Psychiatry*, 22(1), 14 -19.
- Wolfersdorf, M., Keller, F., Schmidt-Michel, P. O., Weiskittel, C., Vogel, R., & Hole, G. (1988). Are hospital suicides on the increase? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 207-216.
- Woodruff, R. A., Guze, S. G., & Clayton, P. J. (1971). The medical and psychiatric implications of antisocial personality (sociopathy). *Diseases of the Nervous System*, 32, 712-714.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 177-84.

RapportGratuit.com

Appendice A

Formulaire de consentement chez les hommes incarcérés

Projet de dépistage systématique et de prise en charge des hommes incarcérés suicidaires

Formulaire de consentement

Ce projet de recherche vise (1) à mettre en place une structure de dépistage et d'évaluation des individus suicidaires et (2) à mieux documenter le cheminement de ceux qui pourraient éventuellement souffrir de troubles mentaux. Le projet n'implique pas de risques au plan psychologique ou social. Je peux consulter les ressources appropriées (dans l'établissement) si des questionnements sont soulevés plus tard. En participant à ce projet, je contribuerai à un projet national qui vise l'amélioration de l'intervention auprès des hommes incarcérés qui peuvent être suicidaires. Je répondrai moi-même directement à un questionnaire qui évaluera mon propre niveau de risque suicidaire. J'aurai également un entretien avec un assistant de recherche, entretien qui pourra durer jusqu'à deux heures.

L'information que je transmettrai sera traitée en toute confidentialité et l'anonymat sera respecté. Toujours avec la même garantie d'anonymat et de confidentialité, j'autorise également les chercheurs à consulter mes dossiers institutionnels (incluant le dossier médical) afin d'évaluer le type de traitement qui est offert aux personnes incarcérées. L'information sera ensuite compilée pour l'ensemble des personnes incarcérées et mon nom ne sera plus mentionné dans aucun document de la recherche.

Ma participation à ce projet (ou mon refus de participer) n'aura pas d'incidence sur mon cheminement en milieu carcéral. Les autorités ou le personnel de l'institution n'en sont pas informés. Je peux me retirer en tout temps du projet et mettre fin à ma participation.

Je consens donc de plein gré à participer à ce projet selon les conditions énumérées plus haut.

Signature du sujet participant : _____

Signature de l'assistant de recherche : _____ Date : _____

Signature du responsable du projet : _____

Le projet est sous la responsabilité de Marc Daigle, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (téléphone 819-376-5011, poste 3509). Les résultats globaux du projet seront rendus disponibles par son entremise et le participant peut le contacter pour de plus amples informations.

Appendice B

Formulaire de consentement chez les femmes incarcérées

Troubles mentaux et problématique suicidaire chez les femmes
incarcérées dans un établissement de détention provincial

Formulaire de consentement

Ce projet de recherche vise (1) à mettre en place une structure de dépistage et d'évaluation des individus suicidaire et (2) à mieux documenter le cheminement de ceux qui pourraient éventuellement souffrir de troubles mentaux. Le projet n'implique pas de risques au plan psychologique ou social. Je peux consulter les ressources appropriées (dans l'établissement) si des questionnements sont soulevés plus tard. En participant à ce projet, je contribuerai à un projet national qui vise l'amélioration de l'intervention auprès des personnes incarcérées qui peuvent être suicidaire. Je répondrai moi-même directement à un questionnaire qui évaluera mon propre niveau de risque suicidaire. J'aurai également un entretien avec une assistante de recherche, entretien qui pourra durer jusqu'à deux heures.

L'information que je transmettrai sera traitée en toute confidentialité et l'anonymat sera respecté. Toujours avec la même garantie d'anonymat et de confidentialité, j'autorise également les chercheurs à consulter mes dossiers institutionnels (incluant le dossier médical) afin d'évaluer le type de traitement qui est offert aux personnes incarcérées. L'information sera ensuite compilée pour l'ensemble des personnes incarcérées et mon nom ne sera plus mentionné dans aucun document de la recherche.

Ma participation à ce projet (ou mon refus de participer) n'aura pas d'incidence sur mon cheminement en milieu carcéral. Les autorités ou le personnel de l'institution n'en sont pas informés. Je peux me retirer en tout temps du projet et mettre fin à ma participation.

Je consens donc de plein gré à participer à ce projet selon les conditions énumérées plus haut.

Signature du participant : _____

Signature de l'assistante de recherche : _____ Date : _____

Signature du responsable du projet : _____

Le projet est sous la responsabilité de Marc Daigle, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (téléphone 819-376-5011, poste 3509). Les résultats globaux du projet seront rendus disponibles par son entremise et la participante peut le contacter pour de plus amples informations.

Appendice C

Formulaire de consentement chez les sujets atteints de troubles mentaux graves
(détention provincial)

**FORMULE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT
(Première rencontre)**

Titre du projet : *Facteurs de risque et comportements violents chez les sujets atteints de troubles mentaux graves*

Ce projet de recherche est conduit par une équipe du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Responsable monsieur Gilles Côté, téléphone (819) 376-5085, poste 3567), de même que du département de psychologie de l'Université de Montréal. Celui-ci porte sur les facteurs de risque liés au comportement violent. Il s'agit d'une étude visant à comparer tous les sujets tenus non responsables d'un délit pour cause d'aliénation mentale des régions administratives 04 et 05 du Québec, de même qu'un certain nombre de sujets identifiés au hasard dans la population des patients placés en cure fermée ou détenus dans un établissement pénitenciaire. Les comparaisons sont effectuées entre ces trois groupes de patients au moment où ils sont susceptibles de retourner dans la communauté. L'étude vise également à suivre le cheminement de ces divers patients au cours des deux prochaines années. Le suivi exigera une nouvelle rencontre avec vous dans environ deux ans. Nous aurions aussi besoin de recueillir de l'information contenue dans l'un ou l'autre de vos dossiers institutionnel, médical ou judiciaire. Ce suivi permettra d'avoir une meilleure idée de votre cheminement suite aux services que vous avez reçus ou que vous pourrez possiblement recevoir dans le futur.

Afin de recueillir des informations les plus complètes possibles, l'équipe de chercheurs aurait besoin de rencontrer une personne qui vous connaît bien, après que vous nous ayez autorisé à le faire.

Nous croyons que ce projet ne présente aucun risque pour vous, le seul désagrément pouvant être le temps consacré à compléter l'entrevue. Les bénéfices personnels directs sont limités, si ce n'est le fait que vous pouvez apprécier de parler avec quelqu'un qui est intéressé à connaître ce que vous vivez. Par contre, nous espérons que votre participation pourra contribuer à mettre en place des services améliorés susceptibles d'aider des personnes qui connaissent, comme vous, des difficultés personnelles.

Votre participation est absolument volontaire; vous pouvez y mettre fin en tout temps lors de l'entrevue ou, par la suite, par un simple avis écrit envoyé à l'adresse ci-dessus, et ce, à l'attention du responsable du projet. Votre refus de participer à ce projet n'aura aucune répercussion sur la nature et la durée des services que vous recevez ou pourrez recevoir. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire **sauf** si elles laissent fortement supposer que votre vie ou celle d'autrui puisse être menacée. Les informations seront comptabilisées pour fins de recherche seulement, de sorte qu'on ne pourra vous identifier personnellement lors de la publication des résultats de l'étude.

Vous pouvez exiger des éclaircissements à la personne qui vous demande de participer, si certains points ne vous paraissent pas bien précisés.

Un double du document que vous vous apprêtez à signer vous sera remis.

Ces informations vous étant données, le consentement prend la forme suivante :

**FORMULE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT
(Première rencontre)**

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer au projet de recherche conduit par une équipe du département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (responsable : monsieur Gilles Côté) et de l'Université de Montréal. Celui-ci porte sur les facteurs de risque liés au comportement violent chez les sujets atteints de troubles mentaux graves. Ma participation consiste :

- en une ou deux entrevue(s) portant sur mes expériences de vie (durée totale d'environ 3 heures);
- à fournir l'autorisation de consulter mes divers dossiers au cours des deux prochaines années;
- à autoriser une personne me connaissant bien, en l'occurrence, Monsieur ou Madame _____ (préciser le nom) à rencontrer un membre de l'équipe de recherche afin de compléter les informations portant sur mes expériences de vie;
- en une entrevue de suivi qui aura lieu au cours des prochaines années (environ 2 ans); une nouvelle formule de consentement me sera alors soumise.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire **sauf** si elles laissent fortement supposer que ma vie ou celle d'autrui puisse être menacées. Les données seront comptabilisées pour fin de recherche seulement.

Je donne également l'autorisation à l'équipe de recherche de consulter mes dossiers pendant une période de deux ans (dossiers hospitaliers, dossiers judiciaires, dossiers institutionnels, dossier de l'assurance maladie, selon le cas).

J'ai été assuré(e) que mon refus de participer à ce projet n'aura aucune répercussion sur la nature et la durée des services que je reçois ou que je pourrai recevoir.

Signature du sujet : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____

Signée à : _____

Appendice D

Formulaire de consentement chez les sujets atteints de troubles mentaux graves
(unités médico-légales)

FORMULE DE CONSENTEMENT

Titre du projet : *Troubles psychotiques et comportements violents sur les unités médico-légales*

Ce projet de recherche est conduit par une équipe du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Responsable monsieur Gilles Côté, téléphone (819) 376-5085, poste 3567). Celui-ci porte sur les aspects cliniques et environnementaux associées aux comportements violents sur les unités médico-légales. L'objectif est d'identifier certains symptômes, certains modes de fonctionnement, certaines composantes du milieu qui permettent de mieux prévoir et mieux comprendre ce qui peut amener une personne, présentant des difficultés au plan du fonctionnement mental, à manifester une forme quelconque de comportement violent à certains moments.

Afin de mieux vous connaître et suivre votre cheminement en milieu hospitalier, nous aimerions avoir accès à vos divers dossiers institutionnels (dossiers hospitaliers, dossier criminel s'il y a lieu, dossiers de détention, etc.). Parmi les dossiers institutionnels, votre dossier actuel sur l'unité sera consulté tout au cours de votre période d'hospitalisation pour suivre votre évolution, ce qui n'exige pas que nous vous rencontrions à nouveau. De même, afin de documenter votre réintégration dans la communauté, nous aimerions que cette autorisation de consulter vos dossiers nous soit accordée pour une période cinq (5) ans. Il s'agit de voir si, aux termes de cette période de cinq ans, vous avez pu intégrer le marché du travail, avez bénéficié d'un suivi, été réhospitalisé, eu des démêlés avec le système judiciaire, etc. Notre objectif est ici de comparer l'adaptation sur l'unité et votre adaptation en milieu naturel. Par ailleurs, afin de s'assurer que la codification des réponses recueillies par notre assistant(e) de recherche est identique à ce qui sera codifié possiblement par un second assistant(e) de recherche, nous vous demandons de nous autoriser à filmer l'entrevue. Seuls les membres de l'équipe de recherche pourront visionner cet enregistrement vidéo. Une formule de consentement distincte vous sera présentée pour cela.

Nous croyons que ce projet ne présente aucun risque pour vous, le seul désagrément pouvant être le temps consacré à compléter l'entrevue. Les bénéfices personnels directs sont limités, si ce n'est le fait que vous pouvez apprécier de parler avec quelqu'un qui est intéressé à connaître ce que vous vivez. Par contre, nous espérons que votre participation pourra contribuer à mettre en place des services améliorés susceptibles d'aider des personnes qui connaissent des difficultés personnelles.

Votre participation est absolument volontaire; vous pouvez y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire **sauf** si elles laissent fortement supposer que votre vie ou celle d'autrui puisse être menacée. Les informations seront comptabilisées pour fins de recherche seulement, de sorte qu'on ne pourra vous identifier personnellement lors de la publication des résultats de l'étude.

Vous pouvez exiger des éclaircissements à la personne qui vous demande de participer, si certains points ne vous paraissent pas bien précisés.

Un double du document que vous vous apprêtez à signer vous sera remis.

Ces informations vous étant données, le consentement prend la forme suivante :

FORMULE DE CONSENTEMENT

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer au projet de recherche conduit par une équipe du département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (responsable : monsieur Gilles Côté) et de l'Université de Montréal. Celui-ci porte sur les aspects cliniques et environnementaux associés au comportement sur l'unité. Ma participation consiste :

- en une ou deux entrevue(s) portant sur mes expériences de vie (durée totale d'environ 1 ½ à 2 heures);
- à fournir l'autorisation de consulter mes divers dossiers pendant une période de cinq ans.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire **sauf** si elles laissent fortement supposer que ma vie ou celle d'autrui puisse être menacées. Les données seront comptabilisées pour fin de recherche seulement.

Je donne également l'autorisation à l'équipe de recherche de consulter mes dossiers pendant une période de cinq ans (dossiers hospitaliers, dossiers judiciaires, dossiers institutionnels, dossier de l'assurance maladie, selon le cas). Il s'agit ici de mes dossiers antérieurs et de ceux qui seront documentés pendant mon hospitalisation.

J'ai été assuré(e) que mon refus de participer à ce projet n'aura aucune répercussion sur la nature et la durée des services que je reçois ou que je pourrai recevoir.

Signature du sujet : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____

Signée à : _____

RapportGratuit.com

Appendice E

Questionnaire socio-démographique

PROJET « FACTEURS DE RISQUE »
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Carte

No du sujet

No d'assurance maladie

No d'assurance sociale

1. Statut civil

Quel est votre état civil? Êtes-vous...

1. Célibataire

2. Marié

3. Union de fait (spécifiez temps) _____ (mois)

4. Séparé/divorcé

5. Veuf

2. Nombre d'unions (vie en commun)

Pour les 3 unions les plus importantes :

a) Type :

1. Mariage

2. Union de fait hétérosexuelle

3. Liaison homosexuelle

Durée :

(mois)

b) Type :

1. Mariage

2. Union de fait hétérosexuelle

3. Liaison homosexuelle

Durée :

(mois)

c) Type :

1. Mariage

2. Union de fait hétérosexuelle

3. Liaison homosexuelle

Durée :

(mois)

3. Nombre d'enfants (Lien biologique ou adoption légale)

Avez-vous des enfants?

Nombre

Combien en avez-vous?

4. Citoyenneté

Quelle est votre citoyenneté?

1. Canadienne
2. Immigrant reçu
3. Réfugié
4. Réfugié en attente de statut
5. Non canadienne (sans autre précision)

5. Ethnie d'origine

1. Canadienne française
2. Canadienne anglaise
3. Autre

6. a) Résidence (au moment de l'incarcération/hospitalisation)

1. Dans sa famille d'origine (père/mère)
2. Famille élargie (frère/sœur/oncle/tante)
3. Situation maritale
4. Vit avec un de ses enfants
5. Partage un appartement avec une (des) connaissance(s)
6. Vit seul en appartement
7. Vit seul dans une maison de chambre
8. Itinérant
9. Appartement supervisé
10. Famille d'accueil
11. Foyer de groupe (spécifiez) _____
12. Centre d'accueil
13. Autre (spécifiez) _____

b) Résidence (à la sortie de l'hôpital/pénitencier)

1. Dans sa famille d'origine (père/mère)
2. Famille élargie (frère/sœur/oncle/tante)
3. Situation maritale
4. Vit avec un de ses enfants
5. Partage un appartement avec une (des) connaissance(s)
6. Vit seul en appartement
7. Vit seul dans une maison de chambre
8. Itinérant
9. Appartement supervisé
10. Famille d'accueil
11. Foyer de groupe (spécifiez) _____
12. Centre d'accueil
13. Autre (spécifiez) _____



7. Emploi (au moment d'incarcération/hospitalisation)

- Travaillez-vous actuellement?
- Qu'est-ce que vous faites comme travail?
- Est-ce un emploi à temps plein?
- Depuis combien de temps faites-vous ce travail?

(Si ne travaille pas)

- Y a-t-il une raison particulière pour laquelle vous ne travaillez pas actuellement?
- Quel a été votre dernier emploi?
- Combien de temps avez-vous gardé cet emploi?

1. Emploi régulier à temps plein
2. Emploi régulier à temps partiel
3. Étudiant
4. Centre de travail adapté
5. Atelier thérapeutique
6. Ne travaille pas

Si le sujet occupe un emploi :

Type : _____
Depuis combien de temps (durée) : _____ (mois)

Si non pourquoi? (actuelle)

1. Problème physique
2. Problème mental
3. A été congédié
4. A quitté son emploi de son propre chef
5. Employeur a procédé à des mises à pied
6. Compagnie a fermé ses portes
7. Autre (Spécifiez) _____

Dernier emploi

Type : _____
Durée : _____ (mois)

Nombre d'emplois à vie :

(N.B. Travailler régulièrement pour le même employeur, temps de travail étant espacé par des périodes de chômage pour des motifs saisonniers = 1 emploi)

Durée des 3 derniers emplois (ou des 3 emplois les plus longtemps maintenus)

a) Type : _____

Durée : _____ (mois)

b) Type : _____

Durée : _____ (mois)

c) Type : _____

Durée : _____ (mois)

Carte

Sujet

8. **Source de revenu** (au moment d'incarcération/hospitalisation)

Quelle est votre source principale de revenu?

1. Emploi du sujet

2. Emploi du conjoint

3. Pension

4. Assurance chômage

5. Bien-être social

6. Aumône (itinérance)

7. Travail illégal

8. Autre (spécifiez) _____

9. **Emploi du conjoint** (si applicable)

Est-ce que votre conjoint travaille?

Qu'est-ce qu'il (elle) fait comme travail?

1. Oui

2. Non

3. NAP

Type : _____

10. **Scolarité** (nombre d'années complétées) :

a) Quel est votre degré de scolarité?

b) Nom de la dernière école primaire : _____

Nom de la dernière école secondaire : _____

11. Type de suivi avant l'incarcération/l'hospitalisation

--	--

1. Aucun suivi
2. Équipe psychiatrique (C.H.)
3. Bureau privé
4. C.L.S.C.
5. C.S.S.
6. Agent de probation/de libération conditionnelle
7. Autre (spécifiez) _____

N.B. Identifiez nommément l'organisme : _____

12. Motif du suivi

- Psychiatrique
- Probation/libération conditionnelle
- Toxicomanie
- Autre. Spécifiez _____

Oui	Non	Nombre	
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N.B. Si toxicomanie, voir formulaire

13. a) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

Oui	Non
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

N.B. Remplir un formulaire par incident

b) Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?

Oui	Non
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

14. Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie?

Oui	Non
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

Combien de fois? (inscrire le nombre

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

N.B. Remplir un formulaire pour chaque hospitalisation en psychiatrie.

15. Troubles mentaux dans la famille biologique immédiate :

Pour chacune des catégories, coder : 1. Oui 2. Non 3. NSP

- a) Dépression père
- b) Dépression mère
- c) Dépression fratrie
- d) Psychose père
- e) Psychose mère
- f) Psychose fratrie
- g) Trouble bipolaire père
- h) Trouble bipolaire mère
- i) Trouble bipolaire fratrie
- j) Alcoolisme père
- k) Alcoolisme mère
- l) Alcoolisme fratrie
- m) Toxicomanie père
- n) Toxicomanie mère
- o) Toxicomanie fratrie
- p) Problème présent mais indéfini

16. Condamnations d'un membre de la famille

Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate a déjà été condamné pour un délit criminel?
(Si oui) est-ce qu'il a déjà été incarcéré? Encerclez le chiffre pour chaque réponse positive.

	Condamnation	Incarcération
Père	1	1
Mère	1	1
Frère	1	1
Soeur	1	1

Appendice F

Lethality of Suicide Attempt Rating Scale

0.0	La mort ne peut en résulter.
1.0	La mort est très fortement improbable. Si elle se produit, elle devrait résulter d'une complication secondaire, d'un accident ou de circonstances très inhabituelles.
2.0	La mort est improbable : si elle se produit, elle est probablement due à des effets secondaires inattendus. Fréquemment, l'acte se produit dans un lieu public ou est signalé par la personne ou par d'autres. Bien qu'une aide médicale puisse être requise, celle-ci n'est pas exigée pour qu'il y ait survie.
3.5	La mort est improbable en autant que les premiers soins soient administrés par la victime ou par quelqu'un d'autre. La victime communique habituellement son intention ou commet l'acte en public ou ne prend pas de mesures pour se cacher ou cacher sa blessure.
5.0	La probabilité de la mort est de 50-50, que ce soit directement ou indirectement, ou, dans l'opinion d'une personne moyenne, la méthode choisie peut conduire à une issue équivoque. Ne recourir à cette cote seulement lorsque : (1) les détails sont vagues; (2) il n'est pas possible de coter soit 3.5 ou 7.0.
7.0	La mort est l'issue probable à moins qu'il y ait administration « immédiate » et « vigoureuse » des premiers soins ou une intervention médicale soit par la victime soit par une autre personne. L'un ou les deux cas de figure suivant(s) sont également vrais : (1) il a établi une communication (directement ou indirectement); (2) il a posé son geste en public, où il est susceptible de recevoir de l'aide ou d'être découvert.
8.0	La mort devrait normalement en résulter, à moins d'être sauvé par une autre personne dans une situation où le risque est « calculé » (ex. rondes des infirmières ou attente d'un colocataire ou d'un conjoint à un moment défini). L'une ou les deux cas de figure suivant(s) sont vrais : (1) il n'a pas fait de communication directe de ses intentions; (2) il a posé son geste en privé.
9.0	La mort est l'issue hautement probable : une intervention fortuite ou des circonstances inattendues peuvent sauver la victime. Deux des conditions suivantes existent également : (1) il n'y a pas de communication directe des intentions; (2) un effort a été fait pour masquer le geste à l'attention des personnes susceptibles d'intervenir; (3) des précautions contre le fait d'être trouvé ont été prises (ex. le sujet s'était enfui).
10.0	La mort est presque une certitude malgré les circonstances ou les interventions par un agent extérieur. À ce niveau, la plupart des personnes meurent rapidement après la tentative. Très peu survivent et, si tel est le cas, ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas voulu mourir.

Canevas d'entrevue

Date de l'entrevue: _____ Établissement : _____

Nom: _____

Il est important qu'on passe à travers toutes les questions. Si vous ressentez le besoin de parler plus en profondeur, on pourrait le faire à la fin.

Tentative de suicide

1. À quand remonte votre dernière tentative de suicide ou d'automutilation?

2. Est-ce que vous aviez, à ce moment, comme but de mourir? Sinon, quel était le but?

Rapport-Gratuit.com

3. Quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé(s)?

Note: Vérifier s'il y a eu consommation concomitante d'alcool ou de médicaments avec la méthode de suicide ou s'il y a eu plusieurs méthodes concomitantes de suicide.

Ingestion, intoxication: sorte et quantité

Lacération: objet et étendue des dommages

Pendaison, étranglement: type de lien et d'ancrage

Oxyde de carbone: endroit et étanchéité de la méthode

Saut et précipitation: endroit et étendue des dommages

Arme à feu: type et étendue des dommages

Véhicule à moteur: détails de l'accident

Autres méthodes: spécifiez

4. Où vous trouviez-vous?

5. Y avait-il d'autres personnes présentes sur le lieu lors de votre tentative?

6. Avez-vous recherché de l'aide au moment de votre tentative?

7. Y avait-il des possibilités que vous soyez découvert par quelqu'un au moment de votre tentative?

8. Aviez-vous planifié votre tentative avant de la commettre?

9. En aviez-vous parlé à quelqu'un avant de passer à l'acte?

10. Qu'est ce qu'il s'est produit après votre tentative, qu'avez-vous fait?

11. Y a-t-il eu des conséquences à votre tentative?

(Effets secondaires, hospitalisation, etc.)

12. Qu'est ce qui vous motivait à agir ainsi? Qu'est ce qu'il s'est produit pour que vous en veniez à tenter de vous suicider?

13. Quel était votre niveau de tension avant de faire votre geste? (Étiez-vous tendue, angoissée?). Quelques minutes après votre passage à l'acte, comment vous sentiez-vous? Sur une échelle de 1 à 10, 10 étant le score le plus élevé.

14. Étiez-vous dépressive à cette époque, au moment où vous avez fait votre geste?

15. Avez-vous souffert physiquement?

16. Aviez-vous peur de mourir?

17. Qu'est ce que les autres pensaient de votre geste, de votre souffrance? Trouvaient-ils cela bizarre?

18. Est-ce que l'opinion des autres vous dérangeait?

19. Est-ce que vous pensiez obtenir quelque chose? L'avez-vous obtenu?

20. Auriez-vous peur d'avoir mal si vous posiez de nouveau un tel geste?

21. Comment vous sentez-vous actuellement lorsque vous me décrivez votre geste?
